

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1933-1934. — N° 73

La

Dacryoadénite palpébrale aiguë de l'Enfant

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 20 Décembre 1933

PAR

Jean-Félix-Marc-Edmond LAGARDE

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE.

Né à AURILLAC (Cantal), le 2 mai 1910.

Examineurs de la Thèse

MM TEULIÈRES, professeur.....	Président.
BÉGOVIN, professeur.....	
LOUBAT, agrégé.....	Juges.
BEAUVIEUX, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET, DELMAS, SUCESSEUR

6, Place Saint-Christoly

1933



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1933-1934. — N° 73

La

Dacryoadénite palpébrale aiguë de l'Enfant

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 20 Décembre 1933

PAR

Jean-Félix-Marc-Edmond LAGARDE

ELÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE.

Né à AURILLAC (Cantal), le 2 mai 1910.

Examineurs de la Thèse	{	MM TEULIÈRES, professeur.....	Président.
		BÉGOIN, professeur..	Juges.
		LOUBAT, agrégé.....	
		BEAUVIEUX, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET, DELMAS, SUCCESSEUR

6, Place Saint-Christoly

1933

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSEON, MOURE, W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE,
DENIGÈS, AUCHÉ, SELIER, BEILLE, CASSAËT

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL
id.....	DUPÉRIÉ.	Médecine expérimentale.....	N.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurq. infantile et orthopédie.....	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales.....	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants.....	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.....	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DELAUNAY.
Anatomie.....	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.....	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques.....	PETGES.
Hygiène.....	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires.....	DUVERGEY
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.....	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.....	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	GOLSE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	GREYX.
Pharmacie.....	DUPOUY.	Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.

MM. MICHELEAU (Médecine générale). MURATET (Anatomie pathologique). LACOSTE (Histologie).

PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales). PAPIN (Chirurgie générale).

R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Chirurgie générale.....	CHARRIER.
id.....	DUFOUR.	id.....	LOUBAT.
Physiologie.....	FABRE.	Obstétrique.....	RIVIÈRE.
Médecine générale.....	AUBERTIN.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	DAMADE.	Physique médicale.....	N.
id.....	PIÉCHAUD.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	DELMAS-MARSALET.	Oto-rhino-laryngologie.....	N.
id.....	N.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.....	VITTE.
id.....	N.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Puériculture.....	FAUGÈRE.
Physiologie.....	FABRE.	Démonstrations et préparations pharmac.....	N.
Pathologie médicale.....	DELMAS-MARSALET.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.
Accouchements.....	RIVIÈRE.		
Ophtalmologie.....			
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.			MM. CABANNES (en congé).
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle.....			N.
id.....	Clinique dentaire.....		GOURDON.
			DELGUEL.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A MA MERE

A MA SOEUR

Je leur dois tout.

A MES AMIS

A MESSIEURS LES DOCTEURS BARRAU, PROST, VERGNES

Médecins des Troupes coloniales.

Simplement.

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL DARGEIN

*Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé
de la Marine et des Colonies,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BEAUVIEUX

Oculiste des Hôpitaux.

Il nous a inspiré le sujet de cette thèse,
nous a soutenu de ses conseils; qu'il
trouve ici l'expression de notre respec-
tueuse reconnaissance.

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR M. TEULIERES

*Professeur de Clinique ophtalmologique à la Faculté
de Médecine de Bordeaux,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

L'honneur qu'il nous fait en acceptant
de présider cette thèse est un nouveau
motif à la reconnaissance que nous gar-
dons au maître.

AVANT-PROPOS

Avant de pénétrer dans le vif de notre sujet, nous tenons à exprimer notre gratitude à M. le Professeur Teulières, qui nous fait le grand honneur de présider notre thèse, et a eu l'obligeance de nous communiquer deux observations.

Nous sommes très heureux de présenter ici le témoignage de notre reconnaissance à M. le Professeur agrégé Beauvieux, qui nous a fourni le sujet de cette étude, et n'a ménagé ni son temps, ni sa peine, pour nous guider dans son exécution.

Que M. le Professeur Terrien et M. le Docteur Fromaget trouvent ici l'expression de nos remerciements pour les conseils et les observations qu'ils ont bien voulu nous procurer.

Trop heureux, si ce travail modeste et sans prétention satisfait nos juges et laisse à nos maîtres l'impression que leurs efforts n'auront pas été vains, pour nous permettre de faire œuvre utile.

LA

DACRYOADÉNITE PALPÉBRALE AIGÜE

DE L'ENFANT

CHAPITRE PREMIER

RAPPEL ANATOMIQUE

La glande lacrymale se compose de deux portions, l'une orbitaire ou glande lacrymale principale; l'autre palpébrale, ou accessoire, ou glande de Rosenmuller. Ces deux portions sont séparées l'une de l'autre par un plan fibrotendineux constitué par le faisceau orbitaire externe du releveur; l'expansion latérale externe du droit supérieur et par l'aileron externe.

A. — PORTION ORBITAIRE.

Elle est située à la partie antérieure supérieure et externe de la cavité orbitaire. Elle est immédiatement sous-jacente à la fossette lacrymale que présente la lame orbitaire du frontal. Aplatie de haut en bas, de forme ovale, elle présente à considérer une face supérieure, une inférieure, deux bords, l'un antéro-externe, l'autre postéro-interne, une extrémité antéro-interne et l'autre postéro-externe. La face supérieure répond à la voûte orbitaire, la face inférieure repose sur la partie externe de la face supérieure du releveur de la

paupière, et sur un plan fibreux formé par le faisceau orbitaire externe du droit supérieur et l'aileron externe. Le bord antéro-externe répond d'abord au septum orbitaire, puis au périoste orbitaire. Le bord postérieur est en rapport avec le tissu adipeux de l'orbite. L'extrémité antéro-interne repose sur le tendon du releveur de la paupière, l'autre extrémité répond au tissu adipeux de l'orbite.

En somme, on peut dire que la glande orbitaire est enfermée, presque enserrée dans une loge ostéofibreuse, formée par la paroi orbitaire, en haut et en dehors; en bas, par l'expansion du droit supérieur, celle du releveur, et l'aileron externe; en avant, par le septum orbitaire; en arrière et en dedans, par une membrane conjonctive qui la sépare du tissu conjonctif de l'orbite.

B. — PORTION PALPÉBRALE.

C'est un amas de 15 à 40 lobules aplatis de haut en bas, situé dans la paupière supérieure le long du cul-de-sac supérieur de la conjonctive. On décrit une face supérieure et une inférieure, un bord antérieur et un postérieur, une extrémité interne et une externe. La face supérieure est recouverte par le plancher fibreux qui soutient la glande orbitaire, c'est-à-dire par l'expansion latérale externe du releveur, celle du droit supérieur et l'aileron externe.

La face inférieure répond, en avant, à la conjonctive; en arrière, à la capsule de Tenon. Le bord antérieur est situé à quelques millimètres au-dessus du tarse supérieur. Le bord postérieur est contigu au rebord postérieur de la glande orbitaire. L'extrémité interne est séparée par le releveur de l'extrémité antéro-interne de la portion orbitaire. L'extrémité externe s'étend jusqu'au ligament palpébral externe.

CANAUX EXCRÉTEURS.

1° Canaux excréteurs de la glande orbitaire ou canaux principaux. Au nombre de 3 à 5 (Sappey), ils émergent de la face

inférieure de la glande, traversent la portion palpébrale et viennent s'ouvrir dans la partie supéro-externe de la conjonctive du cul-de-sac;

2° Parmi les canaux excréteurs de la glande palpébrale, les uns se jettent dans les canaux principaux, les autres restent indépendants et s'abouchent séparément dans la conjonctive du cul-de-sac.

Les canaux indépendants sont au nombre de 4 à 5, d'après Sappey, et sont encore appelés canaux accessoires.

Les orifices de tous ces canaux, au nombre de 8 à 10, sont rangés un peu en avant du cul-de-sac conjonctival sur une ligne parallèle au bord supérieur du tarse supérieur, à 5 millimètres de ce bord.

Les artères viennent de la lacrymale; le sang repart par la veine du même nom. Les nerfs viennent du nerf lacrymal, branche de l'ophtalmique. Les lymphatiques étaient à peu près inconnus avant les recherches faites par Orts-Lorca (compte rendu de la Société anatomique de Paris, juillet 1929), dont voici, résumés, les résultats :

La portion orbitaire donne naissance à un ou deux vaisseaux lymphatiques qui émergent de son extrémité postéro-externe, traversent le septum orbitaire, cheminent sous l'orbiculaire, puis dans le tissu cellulaire sous-cutané et gagnent la région parotidienne. Ils se jettent dans l'un ou l'autre des ganglions suivants : le ganglion préauriculaire ou le ganglion parotidien profond juxta-jugulaire.

Les lymphatiques de la portion palpébrale, au nombre de 1 ou 2, traversent le septum orbitaire et vont se jeter dans les lymphatiques de la paupière supérieure; ceux-ci se terminent dans les ganglions parotidiens superficiels, préauriculaires ou profonds.

Le ganglion préauriculaire n'existant que dans un tiers des cas, d'après Rouvière, il n'est pas étonnant qu'on ne trouve pas toujours d'adénite de ce ganglion dans la dacryo-adénite palpébrale aiguë de l'enfant.

CHAPITRE II

HISTORIQUE

« Les maladies de la glande lacrymale ne sont pas aussi fréquentes qu'elles devraient le faire supposer la considération de la structure et des fonctions de cette glande et la connaissance de l'influence inexplicable que les différentes affections du corps et les émotions de l'âme exercent sur cet organe. Aussi, a-t-on considéré comme un phénomène extraordinaire qu'un organe dont la structure est, en apparence, aussi délicate que celle des glandes de la même classe, qui a des relations directes de communication nerveuse avec d'autres sens, qui est doué de sympathie très étendue, soit moins sujet aux affections morbides que des organes de structure semblable, qui, si on les compare, sont isolés par rapport à leurs connexions sensitives, et qui ne sont point soumis à l'influence des stimulus de l'âme.

» On ne peut nier l'exactitude de cette observation. Cependant, ayant vu plusieurs cas de maladies de cette glande, je suis porté à croire qu'elles ont lieu plus fréquemment qu'on ne l'a soupçonné... »

Tel est le début du premier document que nous possédons sur la dacryoadénite. Il fut écrit en 1824 par Ch. Tood, extrait du 3^e volume des *Rapports de l'Hôpital de Dublin*. Après une description précise et vivante des signes de cette affection, l'auteur en trouve la cause dans la scrofule et le lymphatisme, il insiste sur ce fait qu'elle s'observe souvent chez des enfants atteints de « psorophthalmie », c'est-à-dire

de blépharite, et pense que l'infection est d'origine conjonctivale.

Weller, en 1832, Walton, en 1840, viennent confirmer les idées de Tood.

En 1854, dans son *Traité pratique des Maladies des yeux*, traduit par Warlomont et Testelin, Mackensie distingue la dacryoadénite palpébrale, de la dacryoadénite orbitaire.

En 1874, la littérature médicale s'enrichit de trois nouveaux cas, publiés par Brière, Gayat et Schiess-Gemuseus.

Variot, dans sa thèse inaugurale (Paris, 1875), reprend la question, rapporte deux observations, une de dacryoadénite palpébrale consécutive à une conjonctivite, l'autre orbitaire, occasionnée par un traumatisme.

En 1877, Panas insiste à nouveau sur la distinction qu'il convient d'établir entre l'inflammation de la portion palpébrale de la glande lacrymale et celle de la portion orbitaire.

Galezowski, dans un article sur la dacryoadénite, paru dans le *Recueil d'ophtalmologie* de 1881, en fait ressortir le caractère épidémique, ainsi que Delens, dans le *Traité de chirurgie de Duplay et Reclus*.

Jusqu'à cette époque, la clinique seule s'était occupée de la question. En 1891, on voit intervenir le microscope. C'est en effet à cette date que remonte le premier examen anatomo-pathologique signé Sgrosso, et consigné dans les *Annal. di ottal.* de 1891.

Jolland (thèse de Lille, 1892) sépare la forme aiguë simple de la forme phlegmoneuse. Il en fait deux entités cliniques de nature différente et émet l'hypothèse que la dacryoadénite non suppurée est analogue aux oreillons.

Sourdille, en 1900, publie, dans les *Archives d'ophtalmologie*, un article sur « l'abcès de la glande lacrymale de Rosenmüller », qui constitue la pierre angulaire de la question. L'auteur y consigne les résultats de ses examens histologiques, anatomo-pathologiques et bactériologiques, met en lumière la prédominance de la dacryoadénite palpébrale

chez l'enfant, lui assigne une origine locale contrairement à l'inflammation de la portion orbitaire qui est le plus souvent de cause générale.

Il note la bénignité de cette affection et propose un nouveau traitement; à savoir, l'excision en bloc de la tumeur inflammatoire, pour éviter une complication lointaine possible : le dacryops.

Lor, en 1901, fait un rapport à la Société belge d'ophtalmologie sur « la dacryoadénite palpébrale suppurée ». Après l'exposé de 5 nouveaux cas, il dit partager les idées de Sourdille, fait ressortir le fait que souvent la dacryoadénite palpébrale survient sans cause apparente, signale, comme l'avait fait Sourdille, l'inflammation du ganglion préauriculaire, mais se fait l'adversaire de l'excision totale de la glande, et conclut que cette affection demande avant tout un traitement médical sans exiger aucune intervention chirurgicale.

La même année, Maklakoff (Dacryoadenitis mit Bildung eines periglandularen abcesses. *Opht. Klinik*, 1901, n° 23) présente une revue de 28 cas de dacryoadénites recueillis dans différents ouvrages. Tous les cas aigus s'étaient produits chez des malades jeunes, de 8 à 20 ans, tandis que les formes chroniques étaient l'apanage de gens adultes.

En 1903, Wicherkiewickz publie 3 observations, fait une brève étude de la dacryoadénite et termine ainsi : « Les dacryoadénites aiguës se manifestent sous deux formes caractéristiques différentes par l'étiologie, la clinique et le diagnostic. L'une est produite par un traumatisme, une cause chimique, thermique ou une infection locale. Elle est monolatérale et suppurée. L'autre survient après une infection générale : grippe, rougeole, malaria; elle est bilatérale, souvent accompagnée par une affection simultanée des glandes salivaires, et ne suppure pas. »

En 1903, également Lafon, dans le *Journal médical de Bordeaux*, du 7 mai, cite le cas d'un jeune garçon atteint de dacryoadénite palpébrale aiguë. L'examen bactériologique

révéla, comme dans les observations de Sourdille et de Lor, que l'agent microbien en cause était le staphylocoque.

Le Docteur Beauvieux, dans les *Archives d'ophtalmologie* de 1909, rapporte 6 cas recueillis à l'Hôpital des Enfants de Bordeaux, n'ajoute rien au tableau clinique fixé par les auteurs précités, mais insiste sur les 3 points étiologiques suivants : la prédominance de la dacryoadénite palpébrale dans l'âge jeune, alors que la forme orbitaire se rencontre à toutes les époques de la vie; l'épidémicité; et l'importance des lésions externes de l'œil dans la genèse de la maladie, objet de ce travail.

Il réfute l'hypothèse émise par Jolland, en 1892, selon laquelle la dacryoadénite palpébrale aiguë simple serait analogue aux oreillons, et s'en tient au traitement classique : pansements humides chauds; collyre léger à l'argyrol; et, le cas échéant, incision.

Lindahl publie un cas de dacryoadénite palpébrale aiguë dans le *Bulletin de la Société des Médecins suédois* de 1909.

Trois ans plus tard, en 1912, Byers, dans *Transaction of the Americ. ophtal. society*, vol. XIII, écrit qu'il a trouvé, dans le pus d'un abcès de la glande lacrymale palpébrale, une variété de staphylocoque, le « *micrococcus haemorrhagicus* ».

Les *Archives d'ophtalmologie*, de septembre 1913, contiennent un article sur la dacryoadénite palpébrale aiguë, dans lequel le Docteur Nordenson d'Upsal, après avoir rapporté 4 autres cas de cette maladie, tous dus au staphylocoque, déclare qu'il n'a jamais vu se former, à la suite de l'inflammation de la glande lacrymale palpébrale, de dacryops secondaire. Dans ces conditions, il pense que l'ablation de toute la masse enflammée, préconisée par Sourdille, est inutile, et que la simple incision suffit.

Cabannes, Montoux et J. Chavannaz recueillent un cas de dacryoadénite palpébrale aiguë chez un enfant, vierge de tout antécédent personnel morbide. « En l'absence d'un traumatisme ou d'une maladie infectieuse récente, l'étiologie

doit en être cherchée parmi les causes les plus fréquentes d'inflammation de la glande lacrymale, la tuberculose ou la syphilis. » (*Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, 1921, p. 321.)

Tristiano (*Boll. d'ocul.*, 1923, vol. II, p. 144) présente un cas de dacryoadénite survenue après une rougeole qui guérit en dix jours. En 1923, Lankten-Foster incrimine un abcès dentaire dans l'étiologie d'un abcès de la glande de Rosenmüller. L'extraction des deux incisives gauches amena la guérison.

Blegvag publie une observation de dacryoadénite palpébrale aiguë dans *Acta of ophthalmologia*, 1928, t. 6.

* Enfin, en 1929, le 4 décembre, Ionesco présente, à la Société roumaine d'ophtalmologie, une dacryoadénite palpébrale aiguë, survenue à la suite de furonculose. Malgré l'hémoculture négative, l'auteur soupçonne une origine hématique.

Pour terminer cet exposé historique, nous dirons qu'actuellement nous possédons un tableau très net de la dacryoadénite palpébrale aiguë, que cette dernière est parfaitement distinguée de l'inflammation de la portion orbitaire, tant par ses signes que son pronostic.

Nous rapportons dans cette thèse 33 observations que nous avons pu recueillir. Dans les conclusions que nous tâcherons d'en tirer, nous fera-t-on grief de préférer une brièveté sobre à un exposé dont la longueur ne pourrait qu'embrouiller les idées claires que nous croyons posséder sur la question ?

CHAPITRE III

EXPOSE DES OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé BEAUVIEUX.)

Il s'agit d'un garçonnet de 2 ans et demi, dont les parents habitent Piquey (Gironde), adressé à M. le Professeur agrégé Beauvieux, par le médecin de la famille, pour œdème des paupières de l'œil gauche.

A l'examen, on constate un gros œdème palpébral à maximum au niveau du canthus externe; œdème dur, blanc rosé, sauf en un point situé au niveau de l'angle externe de la paupière supérieure, où il prend une coloration rouge vif. C'est là que siège la douleur maxima. L'enfant crie et se débat au moindre contact. En éversant la paupière supérieure on remarque une glande lacrymale palpébrale très enflammée et tuméfiée, mais sans aucun point suppuratif.

Le bambin paraît très fatigué. Facies pâle, chiffonné, dénotant un état général franchement mauvais. Le thermomètre marque 39°5. Dyspnée très marquée. Une incision pratiquée au niveau du rebord orbitaire supérieur, dans la région de la glande lacrymale, donne issue à du sang pur sans la moindre trace de suppuration.

Le soir, la température est à 40°. L'enfant, agité et délirant, passe une très mauvaise nuit. L'œdème augmente. On note un énorme chémosis externe. Le matin, la fièvre est encore plus élevée, 41°. Le poulx devient filiforme, l'enfant est oppressé, la respiration courte, haletante. L'auscultation dénote au sommet

du poumon gauche un foyer de pneumonie, dont le souffle est perçu au maximum sous l'aisselle.

Sur les conseils de M. le Docteur Rocaz, appelé en consultation, on fait au petit malade du sérum antipneumococcique par voie sous-cutanée, et de la septicémine intraveineuse. La température reste aussi élevée pendant deux jours. L'œdème palpébral, le chémosis, les douleurs périorbitaires, augmentent encore. Puis apparaît un petit cône suppuré au niveau de la glande lacrymale. Une nouvelle incision conjonctivale et non cutanée comme la première, laisse sourdre une petite quantité, un demi-dé environ, d'un pus jaunâtre et bien lié, mais n'apporte aucune amélioration à l'état du garçonnet, pas plus que les injections répétées de septicémine et de sérum antipneumococcique. Le sérum polyvalent ne se montre non plus efficace et le 6^e jour l'enfant est dans un état très alarmant.

Menaces d'abcès au niveau de la parotide gauche et de l'articulation du coude droit, abcès dont il ne peut faire les frais, car il meurt de septicopyohémie pneumococcique malgré l'énergie de la thérapeutique instituée. Bien que l'examen bactériologique du pus n'ait pas été pratiqué, nous sommes en droit de dire que dans ce cas, il semble bien que la dacryoadénite ne fut, comme les abcès naissant de la parotide et du coude, qu'un épiphénomène, une localisation secondaire des pneumocoques qui pullulaient dans le sang, ainsi que le montrèrent l'hémoculture et le microscope.

OBSERVATION II.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé BEAUVIEUX.)

Ce cas se rapporte à une fillette de 3 ans dont les parents sont cultivateurs dans le Lot-et-Garonne. Cette enfant est adressée à M. le Professeur agrégé Beauvieux, par le médecin de la famille, pour œdème des paupières gauches.

Devant le tableau clinique suivant : gros œdème palpébral externe, chémosis limité à la partie externe, douleur violente réveillée à la moindre pression dans la région de la glande lacry-

male palpébrale qu'on sentait tuméfiée et indurée, M. le Professeur agrégé Beauvieux porta le diagnostic de dacryoadénite aiguë. La superficialité de la tumeur inflammatoire, ne se continuant pas dans la profondeur de l'orbite, faisait éliminer la participation de la portion orbitaire de la glande lacrymale. La température était à 38°.

Depuis plusieurs jours déjà la fillette était grippée. Enchifrènement et sécrétion nasale purulente abondante. Aucun autre antécédent infectieux. Le premier jour, aucun point fluctuant du côté de son œil. La dacryoadénite est traitée par des pansements humides fréquemment renouvelés.

Le lendemain, la fièvre monte à 38° 5; l'enfant est agitée, le pouls rapide, les signes locaux augmentent. Une incision, au niveau de la queue du sourcil, donne issue à du sang pur. On continue les compresses chaudes.

Le lendemain, la fièvre s'élève à 39°. La petite malade au facies vultueux délire. Quelques convulsions apparaissent. L'auscultation révèle un léger souffle à la base du poumon droit. M. le Docteur Cantorné, appelé en consultation, prescrit, en plus du traitement local (ventouses, cataplasmes sinapisés), des injections sous-cutanées de sérum polyvalent. Pendant 2 jours l'enfant reste stationnaire. Etat grave, 39° 5 de température, tandis que les phénomènes oculaires s'accroissent.

Le quatrième jour apparaît un cône purulent dans le cul-de-sac supérieur de la conjonctive, à la partie externe, dans la région de la glande lacrymale palpébrale.

L'incision donne issue à une notable quantité, un demi-verre à liqueur environ, d'un pus louable, vert-jaunâtre et bien lié, sans odeur.

En quelques heures les phénomènes pulmonaires ont disparu, l'enfant redevient calme. Dans les jours suivants la température tombe par échelons à 37° et quatre jours après la guérison est complète.

OBSERVATION III.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé BEAUVIEUX.)

La petite X..., 5 ans, habitant Bordeaux, est amenée à M. le Professeur agrégé Beauvieux, parce que, au cours d'un coryza banal, les paupières de son œil droit ont brusquement gonflé. L'examen montre que cet œdème a son maximum au niveau de la partie externe de la paupière supérieure, mais empiète sur la commissure temporale. La fente palpébrale diminuée laisse apercevoir un chémosis assez important localisé à la partie externe, laissant intact le pourtour de la cornée. La région de la glande lacrymale est rouge et empâtée, et la palpation y révèle une masse dure, grosse comme un pois, très douloureuse au toucher. La tumeur est nettement délimitée du rebord orbitaire qui est intact. Elle ne se prolonge pas, non plus, sous l'orbite.

Légère sécrétion du cul-de-sac conjonctival. Sous l'influence de pansements humides chauds appliqués pendant trois jours et d'un collyre antiseptique, apparaît un cône jaunâtre qui soulève la conjonctive et s'ouvre spontanément, laissant sourdre une faible quantité de pus.

La guérison fut très rapide et l'état de l'enfant, très surveillé par M. le Professeur agrégé Beauvieux, ne fut jamais touché.

OBSERVATION IV.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur TEULIÈRES.)

Le 14 juin 1933, M. le Professeur Teulières est appelé en consultation auprès de Jacqueline C..., 10 ans, pour un œdème des paupières de l'œil droit apparu dans les circonstances ci-après.

Le 14 mai, c'est-à-dire un mois auparavant, le médecin de la famille avait diagnostiqué chez cette enfant une rougeole qu'il traita par gargarismes, cataplasmes, inhalations de pulvéol, gouttes érythra.

Le 25 mai, la température étant normale, une légère alimenta-

tion fut permise à la grande joie de l'enfant qui réclamait à manger depuis plusieurs jours. Mais le lendemain l'apparition d'un peu de température, 37°8, et de deux orgelets à l'œil droit, justifient la reprise de la diète.

Les signes d'infection s'amendent, et 3 jours après, le 29 mai, l'enfant prend un peu de nourriture. Le 3 juin, la fillette fait sa première sortie.

Le 12 juin apparaît un léger œdème des paupières de l'œil droit, qui augmente le lendemain, et le 14, M. le Professeur Teulières est appelé en consultation.

Cette malade ne lui était pas inconnue. Il l'avait soignée en juin 1929 pour une conjonctivite aiguë légère et en juin 1932 pour une conjonctivite folliculaire bilatérale, plus accentuée à gauche.

Le 14 juin, M. le Professeur Teulières fait les constatations suivantes : Gros œdème des paupières de l'œil droit; œdème dur, rouge, surtout à la partie externe de la paupière supérieure; chémosis séreux important, localisé à la partie externe de la conjonctive. Dans la région de la glande lacrymale existe une tuméfaction, une tumeur plutôt, de nature franchement inflammatoire, du volume d'une petite noisette, très douloureuse à la pression. Les mouvements de l'œil sont un peu bridés. Le rebord orbitaire est indemne, la tumeur en est nettement séparée.

M. le Professeur Teulières prescrit un collyre à l'argyrol et demande un examen des sinus de la fillette.

Le 15 juin apparaît une suppuration abondante. Le pus, jaunâtre et bien lié, sort d'un pertuis situé au sommet d'un cône blanchâtre qui soulève la conjonctive bulbaire dans le cul-de-sac supérieur. La conjonctive est un peu enflammée, surtout dans la région du canthus externe. La douleur a disparu, le chémosis et l'œdème palpébral ont diminué.

Le 19 juin, la suppuration n'est pas encore tarie. Il n'y a plus de chémosis, seule persiste une légère rougeur dans la région de la glande lacrymale palpébrale.

Le 29 juin, la petite Jacqueline est guérie.

OBSERVATION V.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur TEULIÈRES.)

Jacqueline P..., 7 ans. Cette enfant présente, le 22 décembre 1922, une affection de l'œil droit, dont voici les caractères : gros œdème de la paupière supérieure, qui est rouge et boursoufflée; chémosis externe. Au-dessus de la commissure externe, la palpation décèle une tumeur dure et douloureuse grosse comme un pois, nettement délimitée au rebord orbitaire supérieur qui est intact. Cette dacryoadénite survenue brusquement au décours d'une grippe légère cède en quelques jours aux pansements humides chauds et au collyre à l'argyrol prescrits par M. le Professeur Teulières.

Cependant cette enfant semble avoir conservé une fragilité spéciale du côté des yeux, car elle fut traitée en avril 1929 pour une conjonctivite catarrhale aiguë, survenue après la rougeole, en juin 1929, pour blépharite ciliaire et en novembre 1931 pour la même affection.

OBSERVATION VI.

(Due à l'obligeance de M. le Docteur FROMAGET, de Bordeaux.)

Le petit X..., 3 ans, est amené par ses parents à la maison de santé de la rue Lafaurie-Monbadon, parce que, au cours d'une grippe très légère, la paupière supérieure droite a brusquement augmenté de volume.

L'examen permet d'abord de constater une grosse tuméfaction de la région palpébrale, tuméfaction rouge dont la coloration atteint son maximum dans la région du canthus externe. La conjonctive, un peu injectée, présente un chémosis cantonné à la partie externe et laissant indemne le pourtour de la cornée. La palpation est très douloureuse et permet de sentir une induration, au-dessus du tarse supérieur, grosse comme un pois, laissant libre le rebord orbitaire. La peau conserve malgré tout une certaine souplesse; la grosseur ne

se prolonge pas dans la profondeur. Les mouvements du globe oculaire sont pénibles, il n'y a pas d'exophtalmie. L'état général du bambin reste bon. Sous l'influence du traitement habituel, cette dacryo adénite palpébrale aiguë s'ouvre spontanément, donnant issue à un pus jaune bien lié. La suppuration continue pendant quelques jours, et tout rentre progressivement dans l'ordre.

OBSERVATION VII.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur TERRIEN).

En 1908, le petit X..., 6 mois, est apporté à l'Hôpital des Enfants malades de Paris. Ses parents déclarent que son œil a brusquement gonflé sans cause apparente.

On note une tuméfaction palpébrale énorme, surtout marquée à la partie supéro-externe. Tuméfaction rouge, pouvant en imposer au premier abord pour un érysipèle. Enfant agité, pouls rapide; température à 39.

La palpation dénote à la partie supéro-externe de la paupière supérieure une tumeur douloureuse nettement séparée du sourcil et de l'arcade orbitaire, qui permet le diagnostic de dacryoadénite palpébrale aiguë. Le ganglion auriculaire est enflammé et un peu douloureux.

L'incision donne issue à un peu de pus que l'examen révèle être à pneumocoque. Guérison très rapide.

OBSERVATION VIII.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur TERRIEN).

Il s'agit d'un enfant de 8 ans, vu en 1926, à l'Hôtel-Dieu, qui se présente avec une tuméfaction rouge et douloureuse de la partie supéro-externe de la région palpébrale. Tuméfaction inflammatoire avec température à 38°5. La fente palpébrale diminuée permet de noter un chémosis conjonctival surtout marqué dans le cul-de-sac supérieur. Aucune cause apparente.

Adénite préauriculaire très nette. Sous l'influence de pansements humides très chauds, la tuméfaction glandulaire s'atténue peu à peu et disparaît en quinze jours sans qu'il y ait eu la moindre suppuration.

OBSERVATION IX.

(Recueillie à la consultation de M. le Professeur DE LAPERSONNE, à l'Hôpital Saint-Sauveur, n° du registre 1028, année 1889; JOLLAND, thèse Lille, 1892.)

D... (Rosa), âgée de 45 ans, ménagère, se présente à la consultation de 9 septembre 1889 pour une tuméfaction occupant la région externe de l'orbite du côté droit.

Cette enfant présente des antécédents scrofuleux et est atteinte depuis longtemps de blépharite ciliaire à répétition.

Elle raconte qu'il y a huit jours elle commença à ressentir, du côté gauche, des douleurs circum-orbitaires très violentes; en même temps apparurent un gonflement de la paupière supérieure et une douleur vive à l'angle externe de l'œil. Le gonflement a fait de rapides progrès les jours suivants et a envahi la face.

Le 9 septembre, à son arrivée, on constate une tuméfaction très considérable de la paupière supérieure, qui présente dans son ensemble une coloration rouge intense. Cette teinte érysipélateuse s'étend sur la joue jusqu'à la mâchoire inférieure. Toutefois, la tuméfaction est plus marquée dans la moitié externe de la paupière. L'œil ne peut s'ouvrir spontanément.

En écartant les paupières, ce que l'œdème rend très difficile, on aperçoit la conjonctive fortement injectée dans sa moitié externe, et présentant en cet endroit un bourrelet chémotique assez volumineux qui s'étend jusqu'à la partie supéro-externe du bord cornéen.

L'œil est légèrement projeté en bas et en dedans. Les mouvements de l'œil en dehors sont difficiles et les efforts que fait la malade dans ce sens sont douloureux.

Il y a en outre de la diplopie homonyme dans la partie gauche du champ visuel.

Aucune altération de la cornée ni de l'iris.

Pas de lésion du fond de l'œil.

La palpation permet de constater, au-dessous de l'angle supéro-externe de l'orbite, une tumeur dure, de forme ovoïde, à grand diamètre transversal, volumineuse et bosselée, très douloureuse, ayant la forme de la glande lacrymale, et en occupant exactement le siège. On peut assez exactement circonscrire la tumeur. Le toucher, à ce niveau, exaspère la douleur.

Légère sécrétion muqueuse.

L'état général est assez bon, cependant l'enfant présente, depuis quelques jours, un léger mouvement fébrile.

M. le Professeur De Lapersonne se borna à prescrire le traitement suivant :

Purgatif;

Cataplasme de fécule sur la région malade;

Friction avec onguent napolitain.

11 septembre : La malade revient à la consultation. Son état général est très satisfaisant. Le gonflement a presque complètement disparu; le chémosis a beaucoup diminué. Les mouvements sont plus libres. La tuméfaction de la glande est presque insensible. La fente palpébrale est plus ouverte, la paupière moins tendue.

15 septembre : La guérison est presque complète.

OBSERVATION X.

(Recueillie à la consultation de M. le Professeur DE LAPERSONNE, à l'Hôpital Saint-Sauveur; JOLLAND, thèse Lille, 1892.)

Le 22 février 1892 se présente à la consultation Marguerite M..., âgée de 12 ans, demeurant à Lille, rue des Oyers. C'est une enfant pâle, d'un tempérament lymphatique.

Il y a environ huit jours, elle s'est aperçue de l'existence d'un petit bouton sur le bord de la paupière supérieure droite, un peu en dehors; puis il survint un gonflement rapide de la paupière qui empêcha l'œil de s'ouvrir. Depuis lors, l'enfant ressent des douleurs vives et se plaint de battements continus dans cette région.

L'œil présentait en outre une sécrétion muco-purulente et un larmoiement assez abondant.

A son arrivée, on constate une tuméfaction assez considérable de la paupière supérieure, qui fait saillie en avant de l'orbite, et présente en dehors une coloration rouge violacée.

La palpation dénote un point très douloureux et localisé sur le bord de la paupière supérieure près de l'extrémité externe, probablement un orgelet. Sous la paupière, existe une tuméfaction volumineuse, arrondie, bien circonscrite, très dure, très douloureuse, débordant la paroi orbitaire près du bord externe, allant du milieu du rebord orbitaire supérieur, jusqu'au dessous de l'angle externe de l'œil, dépassant par conséquent de beaucoup les limites de la glande. La moindre pression à ce niveau détermine des douleurs très vives. En relevant la paupière, autant que le gonflement et la douleur le permettent on voit un chémosis déjà assez rouge dans la moitié externe de l'œil, et tel que la conjonctive recouvre un peu la partie externe de la cornée.

Il y a un léger degré d'exophtalmie, mais surtout l'œil est en strabisme interne très prononcé (au moins 50°) et la cornée est cantonnée en partie sous la conjonctive.

Les mouvements en dehors sont impossibles, Aucune lésion de la cornée, de l'iris, ni du fond de l'œil.

Le traitement prescrit fut le suivant :

Purgatif;

Deux sangsues à la tempe;

Cataplasmes de fécule;

Frictions avec onguent napolitain.

26 février : L'orgelet s'est bien formé. Il s'ouvre et le bourbillon s'élimine, l'inflammation de la paupière disparaît progressivement.

En même temps, le chémosis diminue et à mesure apparaît une tumeur arrondie, étalée, rougeâtre, faisant saillie dans le cul-de-sac supéro-externe.

6 mars : Le gonflement et la rougeur de la paupière ont disparu; la tuméfaction de la glande est insensible.

L'enfant est complètement guérie.

OBSERVATION XI (Résumée.)

(*Recueil de Galezowski*, 1881.)

Dacryoadénite aiguë de l'œil gauche. Guérison.

Mlle Eugénie G..., 16 ans, bonne constitution, se présente à la clinique de la rue Dauphine, le 4 novembre 1880. Son œil gauche est enflé dans sa portion palpébrale externe; douleurs lancinantes depuis trois jours. La paupière supérieure est abaissée, gonflée dans sa partie externe et supérieure, et présente au toucher une tumeur mal limitée et sensible. Le bord orbitaire paraît libre. Rougeur conjonctivale à la partie externe avec léger chémosis séreux. La cornée et l'iris n'ont rien. Ganglion parotidien engorgé.

Ponction exploratrice; absence de pus.

Cataplasmes, sangsues à la tempe, iodure de potassium à l'intérieur.

6 novembre. La tumeur s'est étendue jusqu'au bord orbitaire, où l'on constate une saillie qui se confond avec l'os. Peau rouge, très chaude. La tuméfaction est rénitente et lobuleuse, limitée en bas à la commissure palpébrale externe. Il est difficile de soulever la paupière, mais on aperçoit le chémosis séreux augmenté. Douleurs très vives périorbitaires. Cause inconnue; pas de traumatisme. Quelques frissons au début.

Frictions locales avec onguent napolitain.

15 novembre. — Les douleurs ont cessé, le gonflement a beaucoup diminué.

6 décembre : Guérison.

OBSERVATION XII.

(Docteur J. GAYAT, *Annales d'Oculistique*, 1874.)

*Inflammation suppurative de la glande lacrymale,
ouverture de l'abcès dans le cul-de-sac conjonctival supérieur.*

Mlle S..., 10 ans et demi. Bonne constitution. Sortie le 21 octobre par un temps froid; en rentrant, douleurs vers la queue du

sourcil gauche. Le lendemain, la paupière supérieure est gonflée; douleurs quand elle regarde du côté gauche. Pas de sécrétion sur le bord des paupières.

Quatrième jour : Angle externe, saillie du volume d'un œuf de pigeon, très tendue, divisée, en deux par le repli orbito-palpébral peu accusé, et exactement limitée à la moitié externe de la paupière supérieure. Celle-ci, légèrement rouge, sans dilatation des veines superficielles, et cette rougeur se continue par une ligne empâtée de même teinte jusqu'au ganglion préauriculaire qui a le volume d'une noisette. Pas de larmoiement. La narine, du côté correspondant, était sèche. Insomnie, battements dans l'œil, douleurs à la tempe et au devant de l'oreille.

Douleurs en touchant la peau de la paupière. Impossible de soulever celle-ci avec les doigts. Mais en renversant en arrière la tête de l'enfant on voyait une masse bilobée, bosselée ou plutôt mûriforme, isolée de la conjonctive tarsienne et qui tendait à sortir à travers la fente palpébrale; au devant d'elle la conjonctive était rouge et œdématiée. Un bistouri fut plongé parallèlement au plan de la paupière, dans la moitié interne de la tumeur. Il en sortit du pus. Un stylet permit de constater que le bord orbitaire était sain.

Complète guérison deux mois après environ.

OBSERVATION XIII.

(Docteur BRIÈRE, du Havre, *Annales d'Oculistique*, 1874.)

Dacryoadénite partielle aiguë.

F..., 7 ans et demi, bonne constitution, amené le 15 mai 1874, souffre depuis deux jours, sans cause, dans la moitié externe de l'orbite du côté droit. En vingt-quatre heures, tuméfaction de la paupière supérieure masquant complètement le globe oculaire. Douleurs très vives. Aspect d'ophtalmie purulente, mais absence complète de sécrétion. La paupière, violacée et distendue, est plus enflammée dans sa moitié externe et proéminente en ce point.

En la soulevant légèrement, on voit la conjonctive très hyperémiée; il y a du chémosis séreux, et l'œil est refoulé en bas et en dedans par une tumeur molle, douloureuse au toucher, et de nature franchement inflammatoire.

Celle-ci commence à la commissure palpébrale et occupe la moitié externe du cul-de-sac supérieur.

Le rebord orbitaire n'est pas douloureux à la pression; la santé florissante de l'enfant et un début si brusque écartent l'hypothèse d'un abcès d'origine osseuse.

L'inflammation paraît si bien limitée aux lobules les plus externes de la glande qu'on ne peut admettre une inflammation du tissu cellulaire de l'orbite.

Cataplasmes, repos, purgatif.

Le 16 : Douleurs plus vives; la tumeur est plus volumineuse. L'œil droit est rejeté en bas et en dedans, plus saillant que le gauche de 4 à 5 millimètres, privé de tous ses mouvements. On constate de la fluctuation dans la tumeur. La sécrétion des larmes est beaucoup moins abondante du côté malade. Incision; 2 dés à coudre de pus, notable soulagement. Cataplasmes; calomel à l'intérieur.

Le 17 : Amélioration notable.

Le 20 : Guérison. Plus trace de tumeur. L'œil, revenu à sa place, jouit de tous ses mouvements. La sécrétion des larmes, diminuée par la compression, s'est rétablie après la guérison; l'auteur en conclut que toute la glande n'a pas suppuré.

OBSERVATION XIV (Résumée).

(Docteur ORT, *Recueil du Docteur Galezowski*, 1886.)

Antoinette B..., 3 ans et demi, amenée le 9 juin 1881, pour un gonflement inflammatoire de l'œil gauche. Enfant lymphatique, a eu la coqueluche il y a un an.

Il y a cinq jours, au réveil, la mère s'aperçoit que son enfant a l'œil gonflé. Hier, l'inflammation se serait accrue.

La malade se plaint de picotements dans l'œil et de céphalée; appétit languissant, pouls à 94.

Les paupières de l'œil gauche présentent un gonflement considérable, elles sont œdémateuses et d'une couleur rouge violacée. L'œil est complètement fermé. Un liquide séro-purulent suinte entre les paupières. La paupière supérieure est dure et résistante à la pression, surtout à la partie externe.

En écartant légèrement les paupières, on aperçoit un gonflement notable de la conjonctive à la partie externe de la cornée, sous forme d'un croissant, dépassant le bord externe de la cornée de 3 à 4 millimètres. Ce croissant a l'aspect d'une infiltration gélatineuse, d'un jaune citron. La partie de la conjonctive située en dedans de la cornée présente sa blancheur normale.

Trois sangsues à la tempe gauche.

11 juin. Les paupières sont moins tendues et moins rouges. Le chémosis est peut-être plus prononcé. Le gonflement persiste. A la partie supérieure et externe de la paupière existe un point plus saillant et plus sensible. Un peu de fièvre.

15 juin. M. Galezowski, trouvant la saillie fluctuante, l'incise; il en sort une quantité notable d'un pus bien lié. Une sonde introduite dans la cavité pénètre de 3 centimètres, mais n'arrive pas sur un os dénudé.

20 juin. Guérison presque complète.

La blépharoptose persiste seule et nécessite l'emploi de courants continus.

OBSERVATION XV.

(SOURDILLE, *Arch. d'opht.*, 1900, p. 437.)

Mlle Jeanne B..., 5 ans, est amenée à ma consultation le 24 octobre 1899; sa mère me donne les renseignements suivants : il y a huit jours, brusquement, l'œil droit de cet enfant est devenu rouge, en même temps que la paupière supérieure se gonflait surtout dans sa moitié externe. Pas de douleur bien vive, pas de fièvre, seulement une légère sécrétion conjonctivale qui fit d'abord penser à une conjonctive banale. Mais le gonflement ne tarda pas à s'accroître de même que la rougeur de l'œil, et l'apparition

d'une petite tumeur, située dans le canthus externe, détermina un peu les parents à me présenter cette malade.

Je constate alors que la conjonctivite bulbaire est rouge injectée et, en écartant un peu la commissure externe, j'aperçois une petite tumeur du volume d'un pois, conique, à sommet jaunâtre, ressemblant à un furoncle, et recouverte par la conjonctive bulbaire vascularisée. Cette tumeur est exactement située entre la commissure externe et le droit externe.

Les mouvements de l'œil sont à peu près conservés et légèrement douloureux. La palpation permet de percevoir un gonflement dur oedémateux de la paupière, localisée au niveau de la commissure et empiétant sur la partie externe de la paupière supérieure.

Poursuivant mon interrogatoire, j'apprends que cette enfant est atteinte, depuis l'âge de 15 mois, de petits abcès dermiques de la face qui nécessitent des ponctions au bistouri; la malade en a justement présenté deux quelques semaines auparavant : l'un sous le tragus droit, l'autre sur la saillie de l'os malaire droit. Ni rougeole, ni oreillons.

Je décide d'intervenir. Le lendemain, chloroformisation. Incision qui laisse écouler quelques gouttes de pus; je tombe sur un tissu infiltré et je fends la commissure pour me rendre compte des connexions de la tumeur.

Je constate qu'elle fait corps avec les lobules inférieurs de la glande de Rosenmüller qui sont oedémateux et purulents.

J'excise toute la portion enflammée. Suture de l'incision commissurale, drainage de la plaie à la gaze salolée. Pansement.

Cinq jours après, guérison. Tout est revenu à la normale.

OBSERVATION XVI.

(SOURDILLE, *Arch. d'ophth.*, 1909, p. 439.)

Jeanne Th..., 8 ans et demi, de Saint-Nazaire, s'est présentée le 29 octobre 1899. Cette enfant a eu la rougeole en 1896 et les oreillons en 1898. Le gonflement parotidien avait été marqué surtout à droite, mais il n'y avait rien eu du côté de l'œil. Depuis

cette époque la malade a eu de nombreux orgelets de ce côté et l'œil est devenu rouge, rougeur accompagnée d'une sécrétion conjonctivale mucopurulente et d'un gonflement très notable des paupières, particulièrement de la paupière supérieure. Douleur peu marquée. A peine un peu de fièvre le soir.

Six jours après le début, une petite tumeur apparaît dans l'angle externe et un médecin consulté prescrit un collyre au nitrate de zinc.

Les phénomènes devenant plus inquiétants, l'enfant m'est adressée le dixième jour. L'état actuel est le suivant.

Les paupières droites sont oedémateuses et violacées; le gonflement et la rougeur étant surtout marqués dans la partie externe, la conjonctive bulbaire est injectée; dans sa partie externe elle est légèrement chémotique et baigne dans un liquide muco-purulent. A ce niveau elle est refoulée en avant par une petite tumeur conique, à sommet jaunâtre, dont la base la plus large occupe l'espace compris entre le muscle droit externe et la commissure externe... Les mouvements de l'œil, bien que douloureux, dans l'abduction, sont cependant possibles. En palpant la région palpébrale externe on sent une tumeur molle fluctuante allongée dans le sens vertical, étranglée en son milieu par le ligament palpébral externe. La pression y est douloureuse et provoque la sortie d'un pus jaunâtre dont la quantité est d'environ un centimètre cube.

La tumeur est nettement séparée du rebord de l'orbite par un sillon et le doigt appliqué au niveau du bord antérieur de la fossette lacrymale ne perçoit aucun gonflement dans cette région. Ces différents caractères font cependant poser le diagnostic d'abcès de la glande de Rosenmüller.

Le lendemain, chloroformisation. Ensemencement du pus sur différents milieux de culture. Incision de la conjonctive et de la commissure externe.

Excision d'une volumineuse partie de la glande, suture, drainage, pansement sec.

Neuf jours après, guérison complète.

Cultures : staphylocoque blanc.

OBSERVATION XVII.

(SOURDILLE, *Arch. d'ophtalmol.*, 1900, p. 441.)

Mlle Emilie A..., 2 ans, à Roche-sur-Vière, est amenée le 25 novembre 1897. Elle vient d'avoir la rougeole; son œil droit est malade depuis quinze jours.

L'affection débute par de la rougeur de la conjonctive bulbaire, du gonflement de la paupière supérieure sans douleurs bien vives. Au bout de dix jours, une petite tumeur située dans le cul-de-sac externe et arrivant jusqu'au globe oculaire est apparue. Au moment où je l'examine, je constate dans le cul-de-sac externe du côté droit une petite tumeur arrondie, du volume d'un pois, occupant tout l'espace compris entre le globe et la commissure palpébrale, le sommet en est jaunâtre et refoule la conjonctive bulbaire qui à ce niveau est oedémateuse et vascularisée; par sa base, elle se continue dans la paupière supérieure au niveau de son quart externe, et le doigt, en palpant cette région, délimite une tuméfaction, arrondie, du volume d'une petite noisette indépendante du rebord orbitaire. Les paupières sont peu gonflées. La conjonctive est à peu près normale, sauf dans le point où elle recouvre la tumeur. La sécrétion n'est pas modifiée. Les mouvements sont très faciles. L'indépendance de la tumeur vis-à-vis du rebord orbitaire, son siège précis au niveau de la glande lacrymale palpébrale, la rapidité de l'évolution me firent porter le diagnostic de dacryoadénite de la glande de Rosenmüller.

Le jour même, après chloroformisation, j'incisai la tumeur au niveau des culs-de-sac externes, drainage, pansement.

Cinq jours après, guérison complète.

OBSERVATION XVIII.

(LOR, Société belge d'ophtalmologie, avril 1901.)

Un écolier, Jean C..., est amené à la consultation, le 25 octobre 1896, pour une affection de l'œil gauche qui s'est injecté huit jours auparavant, à la suite d'un voyage en chemin de fer. Depuis trois

jours, la paupière a augmenté sensiblement de volume. L'interrogatoire ne révèle aucune maladie antérieure.

Actuellement, la paupière supérieure gauche est rouge et gonflée et ne peut qu'avec peine être soulevée par le malade. Elle offre, dans son tiers externe, une induration qui confine au rebord supérieur de l'orbite. Il existe de plus un chémosis assez intense localisé à la partie externe de la conjonctive du bulbe. Celui-ci paraît légèrement refoulé en dedans, et le malade accuse de la diplopie quand le regard est tourné vers la gauche.

Rien n'est signalé au sujet d'un engorgement auriculaire correspondant. Le diagnostic est : dacryoadénite palpébrale aiguë. En plus des lotions boriquées tièdes, un pansement antiseptique humide est appliqué sur la région malade.

Le lendemain, les signes inflammatoires ont augmenté. Le traitement est maintenu et le jour suivant nous constatons une localisation plus nette de la tumeur palpébrale au-dessus de la commissure externe.

Le 28, l'abcès s'est ouvert du côté de la conjonctive. En soulevant la paupière supérieure, on voit le chémosis, s'avancant depuis l'angle externe jusqu'à recouvrir la moitié de la cornée, et présentant à son sommet, au niveau de la fente palpébrale et à hauteur de la pupille, une ouverture fistuleuse laissant sourdre à la pression un pus jaune verdâtre et crémeux. Les lotions boriquées et les pansements humides sont encore prescrits.

Le 29, l'enfant ouvre mieux l'œil, mais la suppuration persiste; un stylet introduit dans la fistule conjonctivale ne rencontre pas de surface osseuse dénudée. Depuis lors, la suppuration est allée en diminuant et quelques jours plus tard, le malade était guéri sans que son affection lui eût jamais causé de vives douleurs. La culture du pus donna des staphylocoques jaunes.

OBSERVATION XIX.

(Lor, Société belge d'ophtalmologie, avril 1901.)

Frédéric D..., 47 ans, entre à l'hôpital le 2 janvier 1897. L'affection dont il se plaint à l'œil droit a débuté, il y a une huitaine de jours, par de la rougeur du globe avec gonflement de la paupière supérieure. La douleur était modérée, sauf à la région temporo-orbitaire correspondante. Aucun accident morbide antérieur ni général ni local.

Nous constatons un fort rétrécissement de la fente palpébrale droite; la paupière supérieure présente vers l'angle externe, un gonflement et une rougeur des tissus avec douleur à la palpation; celle-ci donne la sensation d'une petite tumeur comme un gros pois, dure, presque fibreuse, au niveau de la glande lacrymale palpébrale. Le ganglion préauriculaire droit est engorgé et douloureux. Chémosis assez marqué localisé à la partie externe. En essayant de retourner la paupière, manœuvre douloureuse et impossible du reste à exécuter, on aperçoit, au milieu du chémosis et un peu vers le haut, un point jaunâtre, comme s'il y avait là du pus prêt à perforer la muqueuse. Ni déviation du globe, ni diplopie. Après un lavage à l'eau boricuée, nous appliquons un pansement humide.

Le lendemain, la pression fait sortir un liquide séro-purulent. Les symptômes s'amendent rapidement et le 7 janvier, la tumeur a disparu.

Quelques croûtelles adhèrent encore aux bords palpébraux vers l'angle externe, et le ganglion préauriculaire est toujours engorgé.

OBSERVATION XX.

(Lor, Société belge d'ophtalmologie, avril 1901.)

Louise V..., 44 ans, se présente à la consultation le 10 février 1897, pour un gonflement avec rougeur et douleur modérée de la partie externe de la paupière supérieure gauche. Le mal a débuté il y a quatre jours. Jamais de blépharite ni de conjonctivite. Un

fort chémosis s'est localisé au niveau de la tumeur palpébrale et forme un boursoufflement correspondant à la région des orifices des conduits lacrymaux glandulaires.

Le jeune malade est un peu pâle et sa langue présente un état saburral manifeste. On applique un pansement humide sur la paupière enflammée, lavée, au préalable, à la solution boriquée ordinaire.

Le soir même, l'abcès palpébral s'est ouvert et a donné issue à un pus abondant et très lié. Les signes locaux ont diminué, mais on constate encore un petit noyau d'induration un peu au-dessus de l'angle externe. Le chémosis persiste et la tumeur boursouflée offre un point jaunâtre ne donnant à la pression qu'un pus assez rare, recueilli pour des cultures qui ont donné du staphylocoque jaune.

L'affection a évolué rapidement vers la guérison.

OBSERVATION XXI.

(Lor, Société belge d'ophtalmologie, avril 1901.)

Le 18 août 1897, on amène le bébé Jules P..., 5 mois. La semaine auparavant, l'enfant a été pris de diarrhée sans vomissements. L'irritation avait cédé quand, il y a trois jours, la paupière supérieure droite s'est mise à gonfler et à rougir. La palpation de la paupière montre que son tiers externe est occupé par une tumeur du volume d'une petite fève indépendante du cartilage tarse.

La pression fait écouler par la fente palpébrale un pus clair et peu lié.

Les parents racontent que l'abcès s'est ouvert ce matin même. Il existe aussi un fort chémosis vers l'angle externe, mais le globe oculaire est mobile et d'aspect normal. Le ganglion préauriculaire droit, très engorgé, est gros comme une noix.

Le traitement précédent amène la guérison en quelques jours. Les cultures donnent du staphylocoque jaune.

OBSERVATION XXII.

(Lor, Société belge d'ophtalmologie, avril 1901.)

Nous examinons, le 16 septembre 1897, Tatiana C..., jeune blonde de 16 ans et demi, atteinte de blépharite chronique ulcéreuse sans conjonctivite proprement dite. Depuis trois jours, elle souffre d'un gonflement à l'angle externe du côté droit, et l'on sent dans la paupière supérieure une petite induration s'arrêtant au bord orbitaire supérieur. Au sommet d'un chémosis localisé à l'angle externe, s'ouvre une fistule donnant issue à du pus.

Pas de diplopie; aucun engorgement ganglionnaire. La langue est un peu chargée; il y a de la constipation. On applique un pansement au sublimé au 1/1.000 et la malade est renvoyée au lendemain.

Nous constatons alors que l'œil droit s'ouvre mieux que la veille; la sécrétion purulente est fort diminuée et on aperçoit encore la fistule conjonctivale. A la palpation, on sent toujours l'induration située au niveau de la glande lacrymale palpébrale et confinante à l'arcade orbitaire supérieure.

Le lendemain, la sécrétion était tarie et la marche ultérieure de l'affection fut rapidement favorable, comme dans les observations déjà citées.

OBSERVATION XXIII.

(M. le Professeur agrégé BEAUVIEUX, *Arch. d'ophtalmologie*, 1909.)

Marguerite D..., 13 ans, vient consulter le Docteur Lagrange le 2 février 1909, pour un fort œdème palpébral envahissant toute la paupière supérieure, l'angle externe, l'aile du nez et la joue jusqu'au pavillon de l'oreille du côté gauche. Cet œdème était survenu depuis deux jours, brusquement et sans cause appréciable.

Dans les antécédents, on ne relève ni grippe, ni oreillons, ni maladies infectieuses, aucun traumatisme. Il y a sept ou huit mois,

elle a eu un impétigo du cuir chevelu. Depuis cette époque, l'œil gauche est sujet aux orgelets à répétition.

Le début de l'affection a été marqué par une conjonctivite intense, précédant de quelques heures l'apparition de l'œdème palpébral.

En soulevant la paupière supérieure, tuméfiée, on voit un chémosis séreux, plus accentué vers l'angle externe, mais envahissant toute la conjonctive et recouvrant une partie de la cornée.

A la partie supéro-externe du cul-de-sac palpébral, la glande lacrymale enflammée fait une saillie évidente. La glande est, du reste, perceptible un peu au-dessus de la commissure externe, du volume d'une petite noisette et très douloureuse spontanément et à la pression. La sécrétion des larmes est normale; un peu de sécrétion conjonctivale muco-purulente. Les mouvements du globe sont normaux. Le ganglion préauriculaire est hypertrophié et douloureux. Rien d'anormal dans les parties voisines : rebord orbitaire, voies lacrymales, etc.

Chez cette petite malade, il y eut une nuit un peu de fièvre, 38°5, et elle accuse des douleurs plus vives que ne l'ont fait nos autres malades. Du reste, l'inflammation paraît elle-même plus accentuée. M. Lagrange porte le diagnostic de dacryoadénite palpébrale aiguë et institue le traitement ordinaire.

3^e février : L'œdème a notablement diminué et ne siège plus qu'à la région externe de la paupière supérieure. Le chémosis est encore très accentué dans la région de la commissure externe. La glande palpébrale, aussi sensible que la veille, ne paraît pas avoir diminué de volume.

5 février : Bien que l'œdème et le chémosis aient presque complètement disparu, on voit se former près de la commissure, dans le cul-de-sac palpébral, et sous la conjonctive, une tumeur en forme de cône, dont le sommet est jaunâtre, indice d'un abcès du parenchyme de la glande. Les douleurs sont très aiguës en ce point. On décide d'ouvrir cet abcès le lendemain.

6 février : Dans la nuit, il s'est ouvert spontanément et a laissé s'écouler environ un dé à coudre de pus que l'on ensemence. Plus de douleurs. L'inflammation rétrocede rapidement.

8 février : Toute réaction inflammatoire a disparu. La glande a notablement diminué de volume et l'abcès s'est fermé de lui-même. Résultats bactériologiques : staphylocoques et très peu de streptocoques courts.

OBSERVATION XXIV.

(M. le Professeur agrégé BEAUVIEUX, *Archives d'ophtalmologie*, 1909, p. 772.)

Odette L..., 17 mois, est amenée par sa mère à l'Hôpital des Enfants, pour un œdème de la paupière supérieure de l'œil gauche, survenu il y a une dizaine de jours.

Dans les antécédents, il n'y a aucune diathèse à signaler; elle-même n'a jamais été gravement malade, bien qu'elle soit de constitution délicate : pas de rougeole, ni de coqueluche, ni de diphtérie. Il faut cependant retenir une légère conjonctivite catarrhale de cet œil, survenue il y a environ un mois.

En examinant la petite malade, on voit que la paupière supérieure est le siège d'un œdème assez marqué empiétant un peu sur la commissure externe. La paupière est ptosique, et en la soulevant, on remarque un chémosis très accentué, ayant envahi tout le segment externe de la conjonctive, sans recouvrir la cornée, le reste de la muqueuse n'étant presque pas injecté.

L'âge de la malade ne permet pas de dire si la région œdématiée est le siège de douleurs spontanées. Mais la palpation semble être très douloureuse.

On perçoit près de la commissure externe une tumeur grosse comme une petite noisette faisant saillie dans le cul-de-sac conjonctival supérieur; elle résulte de la glande palpébrale enflammée. Pas de ganglion préauriculaire ni de fluctuation. L'examen des parties voisines ne révèle rien, ni orgelet, ni chalazion, ni otite ou coryza. Les cils sont agglutinés par une sécrétion mucopurulente, peu abondante. M. le Professeur Lagrange porte le diagnostic de dacryoadénite palpébrale aiguë. Traitement : pan-

sements humides chauds, lavages fréquents et collyre au nitrate d'argent faible (0,03 p. 10).

30 avril : Le lendemain, l'œdème a notablement diminué, ainsi que le chémosis. On sent la glande lacrymale hypertrophiée et douloureuse.

L'examen bactériologique révèle le staphylocoque.

3 juin : Il ne persiste aucune trace d'inflammation. La malade ouvre l'œil sans aucune gêne; la glande est toujours perceptible.

8 juin : On sent à peine la glande lacrymale. La jeune L... paraît guérie.

OBSERVATION XXV.

(M. le Professeur agrégé BEAUVIEUX, *Archives d'ophtalmologie*, 1909.)

Roger B..., 7 ans et demi. Vient à la consultation, le 27 janvier 1909, avec un œdème considérable de la paupière supérieure de l'œil droit, surtout visible vers l'angle externe. En interrogeant les parents, on ne relève aucun antécédent. Pas d'infection récente, ni oreillons, ni grippe, ni rhumatisme, etc. Il a eu, à l'âge de 3 ans, la rougeole et la coqueluche.

Dans ces derniers temps, des orgelets ont apparu à l'œil droit. Le 20, à la suite d'un coup de balle, il a eu son œil très rouge. Le lendemain, il se déclarait un chémosis intense avec un œdème palpébral très accentué. Il vient consulter le 27, sept jours après le début.

L'œdème est de consistance molle avec cependant une zone d'induration vers l'angle externe; il s'arrête au niveau du sourcil, en haut et en dedans, n'atteint pas le tiers interne de la paupière. En découvrant le globe, on voit un fort chémosis séreux, siégeant à la partie externe et empiétant un peu sur la cornée, l'angle interne n'étant même pas congestionné. Dans la portion supéro-externe du cul-de-sac palpébral, il atteint son maximum d'intensité, et à ce niveau la conjonctive est soulevée par la portion enflammée de la glande lacrymale palpébrale.

Très peu de sécrétion conjonctivale que l'on ensemence. En palpant la région œdématiée, on provoque une vive douleur;

du reste, cet endroit est, d'après les dires de l'enfant, spontanément douloureux. On sent là une tumeur, du volume d'un petit haricot, au-dessous du rebord orbitaire près de la commissure externe. C'est vraisemblablement la portion palpébrale de la glande lacrymale qui est enflammée et hypertrophiée. Le malade entre à l'hôpital. Traitement : pansements humides chauds, lavages, collyre au nitrate d'argent.

Le lendemain, le chémosis et l'œdème ont beaucoup diminué. Cependant, la tumeur est toujours perceptible et plus douloureuse que la veille.

29 janvier : On ne constate plus d'œdème palpébral; seul persiste un chémosis très léger vers l'angle externe. La palpation non douloureuse permet de sentir la glande, du volume d'un petit haricot. Le malade ouvre facilement les paupières. L'examen bactériologique a donné comme résultat : staphylocoques.

Le 2 février, toute trace inflammatoire a disparu. On ne sent plus la glande. Le malade quitte l'hôpital le 4 février.

OBSERVATION XXVI.

(M. le Professeur agrégé BEAUVIEUX, *Archives d'ophtalmologie*, 1909, p. 747.)

Maurice L..., 8 ans. Vient à la consultation de l'Hôpital des Enfants le 7 février 1907. Depuis cinq ou six jours, les parents ont constaté au niveau de l'œil droit un œdème considérable survenu brusquement et sans cause apparente, accompagné de douleurs assez vives. Dans les antécédents, on note une rougeole à l'âge de 1 an. En ces derniers temps, aucune maladie infectieuse à laquelle l'affection puisse être attachée. Quelques jours auparavant, il aurait reçu sur cet œil un coup de poing d'un de ses camarades.

La paupière supérieure est fortement œdématiée. L'œdème empiète sur la commissure externe et la paupière inférieure, gagnant même la joue jusqu'au pavillon de l'oreille. L'ouverture de la fente palpébrale est presque impossible; un chémosis séreux

intense occupe le tiers externe de la conjonctive, recouvrant légèrement la cornée, mais laissant indemne l'angle interne. Dans le cul-de-sac supérieur et dans la région externe, on voit un soulèvement de la conjonctive palpébrale. Le moindre frôlement à ce niveau réveille une douleur vive. Il n'y a ni exophtalmie, ni déviation du globe, seulement une légère sécrétion conjonctivale muco-purulente. Si on palpe la région œdématisée, on peut sentir une tumeur dépassant le rebord orbitaire de 1 centimètre environ sur 4 à 5 millimètres et ne se prolongeant pas dans l'orbite. Cette exploration est très douloureuse. Les parties osseuses sont indemnes. Pas de ganglion préauriculaire, pas d'orgelet ni de chalazion, ni d'otite; seule la glande palpébrale est le siège de cette réaction inflammatoire.

10 février : Sous l'influence de compresses chaudes, de lavages fréquents, l'œdème a presque complètement disparu; on peut palper facilement la glande tuméfiée encore douloureuse, mais moins volumineuse.

14 février : La guérison est presque complète. On ne note plus qu'un petit noyau dans l'angle supéro-externe de la paupière supérieure.

17 février : Toute trace d'inflammation a disparu. Le malade quitte l'hôpital entièrement rétabli.

OBSERVATION XXVII.

(M. le Professeur agrégé BEAUVIEUX, *Archives d'ophtalmologie*, 1909, p. 772.)

Roger M..., 41 ans et demi. Vient à la consultation le 1^{er} février 1909. Aucun antécédent, pas de maladie infectieuse récente, aucune diathèse.

Le petit malade est sujet aux furoncles. Ces derniers temps il aurait eu mal aux yeux (?). On ne peut savoir ce dont il s'agissait. On ne relève pas de traumatisme. La maladie a débuté, le 31 janvier, par une douleur dans la région lacrymale gauche, accompagnée, quelques heures après, par un fort œdème palpébral supé-

rieur, empiétant sur la paupière inférieure. La ptose est complète et la palpation de la région œdématisée très douloureuse, surtout dans la région de la commissure externe. On note un chémosis intense, surtout marqué dans la région externe, mais gagnant toute la conjonctive bulbaire de l'œil gauche. Quelques douleurs spontanées assez vives; pas de strabisme. Le 1^{er} février, on sent également une tumeur très sensible produite par la glande lacrymale palpébrale faisant saillie dans le cul-de-sac supérieur. Aucune trace de sécrétion conjonctivale. Le ganglion auriculaire est douloureux. Pas de phénomènes généraux.

3 février : Sous l'influence d'applications chaudes et d'une pomade à l'oxyde de zinc, l'œdème palpébral et le chémosis tendent à diminuer; mais la tumeur est plus douloureuse que la veille, ainsi que le ganglion préauriculaire. On voit, près de la commissure externe, un point plus saillant au sommet d'un petit cône jaunâtre indiquant la collection d'un abcès tendant à perforer la conjonctive.

5 février : Le pus s'écoule en grande quantité par le sommet de la tumeur pendant que les phénomènes locaux s'amendent rapidement.

6 février : Plus d'œdème, plus de douleurs, plus de chémosis.

On sent encore la glande. Un peu de pus s'écoule qui est commencé.

8 février : Le malade est complètement guéri. La culture a donné quelques colonies de staphylocoques et de microcoques à développement faible.

OBSERVATION XXVIII.

(M. le Professeur agrégé BEAUVIEUX, *Archives d'ophtalmologie*, 1909, p. 772.)

Pierre P..., 4 ans. Vient à la consultation, le 17 mars, pour œdème considérable de la paupière supérieure. Dans son enfance, à signaler un peu d'eczéma. Quelques bronchites. Ces temps derniers, il y a une quinzaine de jours, grippe, avec fièvre, inappétence, vomissements, etc. Aucun antécédent local.

Le 13 mars, il a ressenti un léger picotement dans l'œil, en même temps que se déclarait une légère conjonctivite. Le soir, œdème énorme de la paupière supérieure avec ganglion auriculaire douloureux et tuméfié. Le lendemain, il se déclare un abcès au niveau de la région lacrymale palpébrale, et le 15 cet abcès s'ouvre spontanément au niveau du cul-de-sac conjonctival supérieur qui est le siège d'un chémosis intense. Le 17 mars, l'œdème persiste, la fluctuation aussi. Le ganglion préauriculaire est toujours douloureux. M. Lagrange incise l'abcès à la partie supérieure de la paupière. Il s'écoule une grande quantité de pus, et une sonde cannelée, introduite dans la plaie, montre que la poche siège bien au niveau de la glande palpébrale qui est complètement supprimée.

Suites opératoires normales.

OBSERVATION XXIX.

(NORDENSON, *Archives ophtalmologiques*, 1915, p. 759.)

Le 24 novembre 1913, un jeune garçon, Sven G..., de Brumæ, âgé de 10 ans, se présente à la consultation. Depuis trois jours, il souffre d'une inflammation de l'œil gauche, qui est gonflé et ne peut pas s'ouvrir. Le gonflement est survenu assez rapidement, et lui a causé d'abord une forte douleur. L'examen ne révèle aucune maladie infectieuse au cours des dernières années, sauf un léger rhume ces trois derniers mois. L'enfant, bien développé, semble avoir une bonne santé et une bonne constitution.

L'œil gauche présente un gonflement et une rougeur assez prononcés de la paupière supérieure. Dans la partie externe de celle-ci on sent une petite induration douloureuse de la grandeur d'un haricot, bien délimité du rebord orbitaire. L'induration ne se prolonge pas dans l'orbite, mais empiète sur la commissure palpébrale externe. En ouvrant la fente palpébrale, on voit la conjonctive un peu chémotique et très vascularisée. Le globe a conservé sa mobilité et sa position normale; il n'y a pas de diplopie. Aucune sécrétion de la conjonctive. La glande palpébrale fait saillie dans le fornix supérieur. Pas de douleurs, pas de fièvre, pas de ganglion

préauriculaire. Traitement par fomentations humides. Le lendemain, les signes diminuent. Le 28 novembre, guérison. Aucune suppuration n'a eu lieu. •

OBSERVATION XXX.

(NORDENSON, *Archives d'ophtal.*, 1915, p. 759.)

Une petite fille, Anna H..., de Vaksala, est amenée à la consultation le 23 décembre 1914. L'œil gauche s'est subitement gonflé deux jours auparavant.

La petite n'a jamais eu de maladies infectieuses et s'est portée très bien pendant tout l'automne.

Les deux paupières gauches sont très rouges et gonflées, surtout la supérieure qui est œdémateuse et présente un assez fort ptosis. A la partie extérieure, on sent une induration un peu pâteuse, bien délimitée du bord de l'orbite, de la grosseur d'un pois. Le globe oculaire n'est pas déplacé et ne semble pas gêné dans ses mouvements. La conjonctive présente un fort chémosis, surtout dans sa partie latérale.

L'œil droit est normal. On ne note pas de ganglion préauriculaire; une incision est faite dans la conjonctive soulevée par la glande palpébrale, mais il n'en sort pas de pus. Le lendemain, le gonflement a un peu diminué. La pression fait sortir de l'incision quelques gouttes de pus. L'ensemencement donne des staphylocoques dorés.

Après six jours de traitement par des fomentations humides, les paupières et l'œil ont repris leur état ordinaire, et la malade quitte la clinique sans autre signe de l'affection dont elle a souffert qu'une petite induration dans le tiers externe de la paupière supérieure.

OBSERVATION XXXI.

(NORDENSON, *Archives d'ophtalmologie*, 1915, p. 759.)

Une jeune fille de 14 ans, Edith P..., se présente à la consultation le 25 juillet 1914. La fillette, qui a été en bonne santé toute l'année et n'avait jamais eu de maladie des yeux, a eu subitement,

deux jours auparavant, un gonflement de la paupière supérieure droite. Le gonflement a augmenté progressivement et elle ne peut ouvrir l'œil.

La malade souffre depuis plusieurs années d'une scoliose, considérée comme rachitique. L'examen ne révèle rien qui puisse indiquer une infection chronique.

La jeune fille est de constitution grêle, mais, en dehors de sa scoliose et de quelques glandes lymphatiques le long du muscle sterno-cléido-mastôïdien, elle ne présente rien d'anormal. L'urine contient quelques traces d'albumine.

La paupière présente un gonflement et une rougeur assez considérables, et est un peu cedémateuse. Dans son tiers externe, on sent, à la palpation, une induration de la grosseur d'une petite fève, qui est bien délimitée du côté du rebord orbitaire. La tuméfaction est assez dure et aucune fluctuation ne se manifeste. Les bords des paupières portent les signes d'une légère blépharite, mais aucune trace d'orgelet.

La commissure palpébrale externe est un peu tendue et soulevée par l'inflammation. En ouvrant de force la fente palpébrale, on constate que la conjonctive est chémotique et vascularisée, surtout dans la région temporale. Aucune sécrétion anormale.

L'œil a sa situation normale et peut faire les mouvements ordinaires. Aucune diplopie ne se manifeste. La malade n'a pas eu de douleurs spontanées. L'œil gauche ne montre aucun symptôme morbide.

Les ganglions préauriculaires ne sont pas engorgés. La malade est reçue dans la clinique et traitée avec des pansements humides.

Quatre jours plus tard, le gonflement est encore assez considérable, mais il est maintenant possible de retourner la paupière supérieure. La conjonctive du fornix supérieur fait saillie dans la fente palpébrale. Elle y est très vascularisée et on voit à travers la muqueuse du pus jaunâtre dont une épreuve est recueillie pour culture dans du bouillon et sur de l'agar. La culture donne des staphylocoques blancs et jaunes.

Le lendemain, cinquième jour de la maladie, la conjonctive se perforé; le pus se vide dans le cul-de-sac conjonctival. Pendant trois jours, la suppuration a continué, puis l'irritation a cessé.

Trois jours plus tard, le 8 août, la malade quitte la clinique. Aucun reste de la maladie, hormis une pâle rougeur de la paupière supérieure droite et une légère induration de la glande lacrymale.

Pendant ces treize jours de maladie, la fillette n'a pas eu à garder le lit et la fièvre n'a jamais dépassé 38 degrés.

OBSERVATION XXXII.

(NORDENSON, *Archives d'ophtalmologie*, 1913, p. 759.)

Charles J..., de Rasto, âgé de 2 ans, est amené à la consultation le 16 mars 1915.

Deux jours auparavant, la paupière supérieure droite s'est rapidement gonflée, et depuis lors l'enfant n'a pu ouvrir l'œil. L'examen ne révèle aucune maladie antérieure, ni rougeole, ni oreillons ou grippe et l'enfant n'a pas récemment souffert de furonculose, de diarrhée ou autre infection. La paupière est rouge, gonflée, œdémateuse. Les bords des paupières ne portent aucune trace de blépharite ou d'orgelet. A la palpation, on sent, dans la partie externe de cette paupière, une petite induration, de la grosseur d'une petite fève, qui confine au rebord de l'orbite et du ligament palpébral externe, mais qui en est très délimitée. La paupière ne peut être soulevée qu'avec difficulté par l'observateur et en causant une assez vive douleur au malade. La conjonctive, qui présente un fort chémosis, recouvre un peu la cornée. De couleur jaune pâle, elle n'est presque pas vascularisée. L'œil présente une exophtalmie assez prononcée et semble gêné dans ses mouvements. Le globe ne présente aucun autre signe d'inflammation. L'œil gauche est normal, et les ganglions préauriculaires ne sont pas engorgés.

Le lendemain, le gonflement de la paupière a un peu diminué. En retournant celle-ci, on constate que la portion palpébrale de la glande lacrymale fait saillie dans la fente palpébrale et que la conjonctive du fornix supérieur qui la recouvre présente une petite perforation par laquelle s'écoule une très grande quantité de pus jaunâtre et épais, dont la culture donne exclusivement du staphylocoque doré.

OBSERVATION XXXIII.

(CABANNES, MONToux, J. CHAVANNAZ, *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 1921.)

X..., 8 ans. Venu à la consultation de M. le Professeur agrégé Cabannes, le 9 avril 1921.

Dans la nuit du 5 au 6 avril, le malade est pris au niveau de l'œil gauche d'accidents qui réalisent le tableau suivant.

Tuméfaction rose des paupières, surtout de la paupière supérieure, principalement à l'angle externe du côté gauche. Enorme chémosis rosé occupant la partie externe du globe oculaire et faisant saillie entre les paupières. A la palpation, induration étalée placée vers l'angle externe de la paupière supérieure, à mi-chemin du rebord orbitaire et du rebord ciliaire. Cette induration est bien le fait de la glande lacrymale, qu'on voit faisant saillie dans le cul-de-sac externe, sous forme d'une masse rouge; sécrétion très légère; ganglion préauriculaire engorgé.

Pas d'exophtalmie, pas de strabisme, pas de douleur vive spontanée, pas de fluctuation. Aucun renseignement si ce n'est qu'un mois auparavant l'enfant aurait présenté des symptômes analogues. A la même place, et trois mois auparavant, un œdème passager de la racine du nez.

L'examen permet d'éliminer sur-le-champ l'ophtalmie purulente et l'orgelet. Ce n'est pas un chalazion, car la tumeur ne fait pas corps avec le tarse. L'intégrité du rebord orbitaire est contre la périostite orbitaire spécifique et bacillaire. Nous sommes en présence d'un cas de dacryoadénite aiguë. En l'absence d'un traumatisme ou d'une maladie infectieuse récente, l'étiologie doit en être recherchée parmi les causes les plus fréquentes d'inflammation de la grande lacrymale : la syphilis ou la tuberculose. Traitement local par des compresses chaudes amenant en quelques jours la résolution.

CHAPITRE IV

ETIOLOGIE

Avant d'entreprendre ce chapitre, rappelons que les auteurs s'accordent pour distinguer deux formes de dacryoadénite aiguë : l'une orbitaire bilatérale, endogène, ne suppurant que par exception, l'autre attaquant presque uniquement l'organe de Rosenmuller, monolatérale, suppurée, d'origine externe. C'est de celle-ci, forme palpébrale, que nous nous occupons, à l'exclusion de la première, et notre observation I nous permet de penser que, bien que monolatérale et suppurée, elle peut parfois être d'origine hématique.

PREMIER CARACTÈRE. — Un premier fait à mettre en lumière est sa *prédominance* chez l'enfant. Sourdille écrit, en 1900, que les observations de dacryoadénite palpébrale aiguë de l'adulte « n'ont pas toute la netteté désirable » et met en doute l'existence de cette affection aux âges moyens et terminaux de la vie.

Maklakoff trouve tous les cas aigus entre 8 et 20 ans.

D'après les recherches de M. le Professeur agrégé Beauvieux, les doutes de Sourdille n'avaient pas leur raison d'être, mais 73 p. 100 des cas de dacryoadénite palpébrale aiguë frappent des enfants. Le pourquoi de cette grande fréquence nous échappe. Peut-être est-ce à cause de ce fait que les affections oculaires externes ont une prédilection pour les organismes jeunes, dit M. le Professeur agrégé Beauvieux. Quoi qu'il en soit, ce caractère étiologique s'impose, puisque c'est un fait.

DEUXIÈME CARACTÈRE : SA RARETÉ. — Malgré les paroles de Tood, « je suis porté à croire que ces affections ont lieu plus souvent qu'on ne l'a soupçonné », force nous est d'avouer que le nombre est bien peu considérable d'enfants atteints de dacryoadénite palpébrale aiguë, lorsqu'on le compare à la multitude d'affections, telles que conjonctivites, orgelets, blépharites et autres, qui poussent si fréquemment les mères à venir nous confier leurs petits malades.

Nous savons que les larmes sont microbicides, et, dès lors, nous ne sommes pas étonnés que les germes infectieux essayant de forcer les canaux excréteurs de la glande palpébrale soient, la plupart du temps, arrêtés, tués ou refoulés au dehors par cette « humeur » dont c'est justement là, une des attributions.

TROISIÈME CARACTÈRE : EPIDÉMICITÉ. — Remarquée depuis longtemps par les auteurs s'occupant de la question, elle les intrigue, et Jolland, pour l'expliquer, émet, en 1892, l'hypothèse selon laquelle la dacryoadénite palpébrale aiguë est une maladie du même genre que les oreillons. Sourdille, puis Lor, remarquent ce caractère épidémique, sur lequel M. le Professeur agrégé Beauvieux insiste à nouveau en 1909, tout en réfutant les vues de Jolland, qui sont en contradiction avec ces faits : unilatéralité de la lésion; rareté de la participation de la glande orbitaire au processus inflammatoire.

Dans les observations consignées dans cette thèse, nous pouvons relever plusieurs épidémies de dacryoadénite palpébrale aiguë.

Sourdille en signale 2 cas à huit jours d'intervalle, Lor en rencontre 5 cas en moins de un an et avoue n'avoir plus eu l'occasion d'en rencontrer autant.

Sur les 6 observations publiées en 1909 par M. le Professeur agrégé Beauvieux, 4 avaient eu lieu dans un espace de trois mois; Nordenson, en 1915, en voit 3 en moins de un an. Enfin, sur les 6 observations dues à M. le Professeur Teulière, M. le Professeur agrégé Beauvieux, M. le Docteur Fromaget,

§ s'échelonnent sur un laps de temps de deux mois seulement.

Ainsi la dacryoadénite s'endort, puis de loin en loin reparaît, nous laissant fort perplexes sur les causes qui commandent sa disparition et ses réveils que, faute d'explication plausible, nous nous bornons à constater en nous remémorant le mot de Vauvenargues. « Une partie de nos erreurs vient du défaut de lumière, mais une plus grande partie vient des fausses lumières qu'on nous présente. »

Après ces considérations étiologiques générales, examinons les causes efficientes et prédisposantes, tant générales que locales, qui président à l'éclosion des cas de dacryoadénite palpébrale aiguë que nous rapportons dans ce travail.

Le germe microbien incriminé fut longtemps le staphylocoque blanc ou jaune, et une variété un peu spéciale que Byers appelle le *Micrococcus haemorrhagicus*. Lor, en 1915, le considère encore comme l'agent spécifique de cette maladie. Notre observation VIII montre que staphylocoque n'est pas le seul microbe que peut provoquer l'inflammation et la suppuration de la glande de Rosenmüller, puisque M. le Professeur Terrien décela le pneumocoque. De même, dans notre observation I, bien que l'examen bactériologique du pus n'ait pas été pratiqué, il nous est permis de penser que le pneumocoque était à l'origine de cette dacryoadénite, concomitante d'une septico-pyohémie pneumococcique. Les menaces d'abcès que le petit malade présenta au coude et à la parotide, nous portent à considérer l'abcès de la glande de Rosenmüller comme un épiphénomène, une localisation secondaire des germes infectieux apportés par voie sanguine. L'unilatéralité de la lésion, qu'on pourrait nous objecter, n'est pas, croyons-nous, suffisante pour infirmer notre manière de voir. L'abcès de la parotide dont l'origine hématiche était certaine, n'était-il pas unilatéral ?

. Voici donc une petite place faite au pneumocoque dans l'étiologie de la dacryoadénite palpébrale aiguë de l'enfant.

Nous pensons que tous les germes pyogènes peuvent la produire, tout en reconnaissant qu'il est très rare de trouver,

après culture et coloration par la méthode de Gram, une image autre que les « grappes de raisin bleues » dans le champ du microscope.

Ces germes attaquent-ils la glande de Rosenmüller à la faveur d'autres affections, ou bien la dacryoadénite palpébrale aiguë est-elle bien « essentielle », comme le prétendait Nordenson? Pour répondre à cette question, nous ne croyons pouvoir mieux faire qu'exposer les affections qui précéderent les cas que nous avons recueillis.

Par ordre de fréquence, nous relevons :

1° 8 affections externes de l'œil, dont :

a) 4 cas d'orgelets :

le premier chez un sujet à tempérament lymphatique (obs. X);

le second : orgelets à répétition survenus après les oreillons (obs. XVI);

le troisième : orgelets récidivants apparus après un impétigo du cuir chevelu (obs. XXIII);

le quatrième chez un sujet normal;

b) 2 blépharites ciliaires chroniques :

la première (obs. IX), sur un terrain scrofuleux;

l'autre (obs. XXII) semblait « essentielle »;

c) 1 conjonctivite chez un enfant de faible constitution (obs. XXIV);

d) 1 affection oculaire de nature imprécise chez un malade sujet aux furoncles (obs. XXVII);

2° 8 maladies infectieuses, dont :

a) 6 gripes de gravité variable, puisque l'une passait presque inaperçue (obs. V); d'autres banales (obs. III, VI, XXVIII, XXIX), et une compliquée de broncho-pneumonie (II), donnait de sérieuses inquiétudes au médecin traitant et à l'entourage;

b) 2 rougeoles banales (obs. IV et XVII);

- 3° Dans 3 cas : rien d'autre que terrain lymphatique (XIV, XX) et scrofuleux avec ganglions dans la région sterno-mastoïdienne et un peu d'albumine (XXXI);
- 4° 2 fois le froid fut incriminé (obs. XII, XVIII);
- 5° 1 traumatisme (obs. XXVI);
- 6° 1 cas de diarrhée (obs. XXI);
- 7° 1 cas d'abcès dermiques récidivants de la face (XV);
- 8° 1 septicopyohémie pneumococcique (obs. I);
- 9° Enfin, dans 8 cas de dacryoadénites palpébrales aiguës, on n'a pu relever aucun antécédent morbide ni général, ni local, et ces affections sont survenues sans causes (obs. VII, VIII, XI, XIII, XIX, XXX, XXXII, XXXIII);

L'exposé de notre observation I montre qu'à côté de la genèse exclusivement externe prêtée jusqu'ici à la dacryoadénite palpébrale aiguë de l'enfant, il existe une origine interne non douteuse.

Ce fait est l'exception, et nous pouvons dire que la plupart du temps, presque toujours même, l'abcès de la glande de Rosenmüller est exogène, qu'elle se montre chez des enfants déjà atteints d'affections oculaires externes ou au décours des maladies infectieuses telles que grippe et rougeole. On a incriminé également le froid, le traumatisme, les corps étrangers (Mackensie, soie de porc). L'état général joue un rôle certain.

Mais nous sommes obligé de reconnaître avec Lor que souvent on ne trouve aucune cause tangible, et avec Nordenson, nous cachons notre ignorance en qualifiant d'« essentielles » les dacryoadénites auxquelles nous ne pouvons assigner une origine certaine.

CHAPITRE V

PATHOGENIE

Quelle est la voie suivie par les microbes pour arriver jusqu'à la glande et y déterminer des lésions inflammatoires ?

Sourdille répond : « Il est certain que les germes n'arrivent point par la voie de la circulation générale. L'unilatéralité des lésions, le bon état de santé des malades atteints de cette affection, l'absence de phénomènes généraux graves, sont des arguments ou plutôt des preuves qui semblent sans réplique. »

Ionesco, au contraire, prétend que quelquefois les germes infectieux sont d'origine circulatoire, et présente un cas de dacryoadénite palpébrale aiguë consécutive à une poussée de furunculose dont il soupçonne l'origine interne, malgré une hémoculture négative.

Notre observation I nous permet de partager les idées de Ionesco sur ce point. Toutefois, il nous faut reconnaître que cette voie d'apport est absolument exceptionnelle et réclame une dacryoadénite palpébrale aiguë concomitante d'une septicopyohémie, fait très rare, puisque, à notre connaissance, il n'existe pas d'autres cas publiés.

De quelle façon se passent donc les choses dans les cas courants et habituellement rencontrés ?

L'origine sanguine étant éliminée, deux voies se présentent, qui sont à même de permettre l'infection de la glande : la voie des canaux excréteurs et la voie des lymphatiques. Sourdille, se basant sur cette constatation histologique qu'au début l'inflammation est limitée à un ou quelques rares lobules, pense que d'abord les germes suivent les canaux excréteurs, arrivent ainsi à quelques lobules, qu'ils traversent,

pour pénétrer le tissu conjonctif périacineux; très riche en lymphatiques. A partir de ce moment, où l'infection n'est plus intralobulaire, mais pas avant, les lymphatiques entrent en jeu, servent à répandre les microbes et à les disperser dans toute la glande.

« En somme, dit Sourdille, la dacryoadénite suppurée de la glande de Rosenmüller doit être attribuée à une infection ascendante des canalicules glandulaires, infection partie du cul-de-sac conjonctival, et dans la diffusion de laquelle les lymphatiques jouent un rôle actif. »

Tous les auteurs ayant étudié la question après lui sont d'accord avec Sourdille sur ce mécanisme pathogénique, qui explique très bien la grande place tenue par les affections oculaires externes dans l'étiologie des abcès de la glande palpébrale.

Cependant, il nous semble qu'on n'a pas accordé assez d'importance aux causes d'ordre général, et c'est à elles que nous sommes obligé de recourir, pour essayer de justifier ce fait que les maladies infectieuses (rougeole et grippe) sont souvent à l'origine de la dacryoadénite palpébrale aiguë.

Agissent-elles simplement en affaiblissant les défenses générales de l'organisme, ou bien créent-elles au niveau de l'œil un point faible le prédisposant à une infection locale ?

Il est probable que les deux mécanismes s'impliquent, du moins en ce qui concerne la rougeole, dont le catarrhe oculaire peut créer à ce niveau une brèche que les microbes mettront à profit.

Pour ce qui est de la grippe, dont nous connaissons la diversité des formes cliniques, il nous est permis de nous demander si, à côté des formes pulmonaires, gastriques, intestinales et autres, il n'en est pas une qui préparerait le terrain aux germes infectieux, de la même façon que la grippe pulmonaire « fait le lit » du pneumocoque.

C'est encore aux causes générales que nous devons demander pourquoi on trouve quelquefois uniquement à l'origine de la dacryoadénite ce terrain scrofuleux, ou lymphatique,

tant de fois décrit par nos pères, au siècle où tant de gens se mouraient de « langueur ». Il n'est pas étonnant que ces organismes fatigués succombent devant des germes qu'un Horace eût rapidement vaincus.

Pour résumer ces rapides considérations pathogéniques, nous sommes tentés de diviser les dacryoadénites palpébrales aiguës en trois classes.

1° *A mécanisme et origine locaux*, comprenant :

- a) les dacryoadénites essentielles;
- b) les dacryoadénites après traumatisme ou corps étranger (soie de porc, Mackensie);
- c) les dacryoadénites consécutives à des affections oculaires externes récidivantes ou non, encore que celles-là soient souvent l'indice d'un mauvais état général.

2° *Infection locale survenue à la faveur d'un fléchissement de l'état général*, englobant :

- a) les dacryoadénites survenues après une maladie infectieuse (grippe ou rougeole);
- b) les dacryoadénites chez des sujets à état général déficient ;
- c) les dacryoadénites après ce que les malades appellent un « coup de froid ».

3° *Origine générale. Infection d'ordre hémato-gène* :

Au cours d'une septicémie.

Alors que les deux premières formes sont de fréquence à peu près égale, la dernière est exceptionnelle, tant par sa rareté que par sa gravité, puisque nous n'en avons trouvé qu'un cas, et qu'il fut mortel.

Enfin, pour conclure ce chapitre, où nous nous sommes permis d'exposer des idées personnelles, nous souhaitons que nos juges ne nous appliquent pas le mot de Bossuet, disant que le plus grand dérèglement de l'esprit « est de voir les choses telles qu'on veut qu'elles soient et non telles qu'elles sont ».

CHAPITRE VI

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Depuis Sourdille, rien n'a été apporté de neuf à l'anatomie pathologique de la dacryoadénite palpébrale aiguë. Tout ce que nous en savons nous vient de lui, aussi préférons-nous tout net lui laisser la parole pour ne pas risquer, en modifiant la façon de les présenter, de brouiller des notions dont la paternité lui revient de droit :

« La glande de Rosenmüller peut être prise dans son ensemble, ou seulement quelques lobules sont envahis; ce dernier cas me paraît être le plus fréquent, sinon la règle, du moins au début; ce sont alors les lobules les plus inférieurs (lobules commissuraux) qui sont en cause... En résumé, les lésions sont d'abord canaliculaires et péricanaliculaires : l'épithélium des tubes excréteurs se gonfle, prolifère, tombe dans la lumière du canalicule, en même temps que la paroi conjonctive de celui-ci s'infiltré de cellules embryonnaires. L'inflammation gagne les culs-de-sac dont les cellules deviennent plus granuleuses, puis ne tardent pas à se nécroser; le tissu conjonctif périacineux et périlobulaire est envahi par les cellules rondes dont l'amas de plus en plus grand étouffe bientôt les culs-de-sac qui finissent par disparaître. Ces éléments embryonnaires eux-mêmes se nécrobiosent et l'abcès est constitué. Le pus se fraye un passage vers la conjonctive du cul-de-sac. Les portions glandulaires dont l'inflammation n'a pas été jusqu'à la suppuration peuvent redevenir normales, mais la sclérose est toujours à craindre, et c'est probablement par cette sclérose consécutive qu'il faut expliquer

certains cas de dacryops. M. Sgrosso, dans son mémoire, insiste tout particulièrement sur les lésions vasculaires qu'il a rencontrées : prolifération de la tunique interne, gonflement et nécrose des fibrocellules musculaires, oblitération de la lumière des vaisseaux, lésion qu'il décrit sous le nom de dégénérescence de Löwenfeld. Il a même observé la rupture de la tunique interne avec pénétration du sang entre la tunique moyenne et l'adventice rappelant en petit l'anévrysme disséquant.

» Pour ma part, à l'exception des lésions banales des vaisseaux qu'on observe dans les foyers d'inflammation aiguë, je n'ai point constaté de phénomène important de ce côté. La lésion qui se retrouve avec le plus de constance et de netteté est la périartérite caractérisée par une infiltration leucocytaire très marquée de la gaine adventice. »

Ce sont là les conclusions que Sourdille tire de ses examens microscopiques. A peine devons-nous substituer le mot leucocyte aux termes de cellules embryonnaires, dans la phrase ci-dessous : « L'épithélium des tubes excréteurs gonfle, prolifère, tombe dans la lumière du canalicule en même temps que la paroi conjonctive de celui-ci s'infiltré de cellules embryonnaires. »

De prime abord, on peut s'étonner que d'autres examens microscopiques n'aient pas été pratiqués depuis 1906. Nous croyons que la raison en est toute simple : la différence du traitement qu'appliquait Sourdille avec les thérapeutiques instituées après lui. Pour mettre son malade à l'abri de complications ultérieures, en particulier du dacryops, Sourdille enlevait « le corps du délit », excisait en bloc « toute la portion de glande suppurée et transformée en un véritable écheveau de tissu infiltré ».

Il y avait, par là même, des pièces anatomiques, que n'eurent pas ses successeurs, qui se contentent d'une incision, soulageant aussi bien les malades et amenant une guérison presque aussi rapide, sans être une véritable opération chirurgicale.

CHAPITRE VII

SYMPTOMATOLOGIE

Alors que les signes locaux sont identiques dans toutes les formes de dacryoadénite palpébrale aiguë, les signes généraux varient selon que l'abcès se produit sans cause ou qu'il découle d'une maladie infectieuse.

Dans les dacryoadénites aiguës d'origine purement locale, on ne note qu'un peu de fièvre, avec un léger état saburral; si, au contraire, cette affection survient au cours d'une infection générale, les phénomènes fébriles peuvent être très intenses, mais la dacryoadénite n'entre que pour une petite part dans leur genèse. Enfin, lorsque cet abcès n'est qu'une localisation secondaire de germes infectieux pullulant dans la circulation, les signes généraux sont très graves; l'état général est très touché, mais il le serait sans doute tout autant s'il n'existait pas cette inflammation de la glande palpébrale qui n'apporte qu'une bien faible note dans ce concert de causes capables d'abattre si rapidement et si sûrement un organisme.

Les symptômes généraux qui accompagnent parfois la dacryoadénite n'étant pas son fait, ce sont les constatations d'ordre local qui nous feront la reconnaître, et qu'il nous faut maintenant envisager.

En général, l'affection débute brusquement par une douleur au niveau de l'œil, en même temps que la paupière supérieure se tuméfie rapidement, devient violacée et tendue. Il y a peu ou pas de sécrétion conjonctivale. Les mouvements oculaires sont pénibles.

Mais il faut attendre encore pour que le flou de ce tableau

disparaisse, que les détails de cette image permettent à la vue et au doigt de caractériser nettement l'affection en cause, et cette mise au point spontanée demande pour se faire vingt-quatre ou quarante-huit heures, pendant lesquelles vont se révéler les coups de pinceau qui changent cette esquisse en un véritable portrait, que nous allons essayer de décrire, en soulignant les lignes principales qui lui confèrent son individualité.

A l'inspection, on constate une tuméfaction œdémateuse de la région oculaire, œdème plus ou moins rouge, tantôt cantonné à la paupière supérieure, tantôt empiétant sur la région palpébrale inférieure; il s'étendait même dans un cas (obs. XXVI) jusqu'au pavillon de l'oreille; mais le gonflement et la rougeur sont toujours plus accentués dans la région du canthus externe, à mi-chemin du rebord orbitaire et de la zone d'implantation ciliaire de la paupière supérieure.

Il en résulte que la fente palpébrale est amoindrie d'autant plus que l'œdème est plus marqué.

Cependant, on peut constater que la conjonctive est injectée et œdémateuse. Ce chémosis, d'intensité variable, l'est aussi dans son étendue, mais son maximum siège toujours dans la moitié externe, et il n'envahit que rarement le pourtour de la cornée. C'est là un signe, que les auteurs s'accordent à considérer comme pathognomonique de l'affection, joint au défaut de sécrétion inflammatoire de la conjonctive.

L'inspection terminée, l'approche des doigts des yeux du petit malade lui arrache un mouvement de recul, car, dit-il, lorsqu'il est en âge de traduire ses impressions, la douleur oculaire, supportable tant qu'elle est spontanée, devient très vive au moindre contact.

La palpation décèle, au point où siègent la rougeur et l'œdème maxima, c'est-à-dire dans la zone supéro-externe de la paupière supérieure, une induration, extrêmement douloureuse, de la grosseur d'une fève, indépendante du tarse, nettement séparée du rebord orbitaire, et ne se prolongeant pas dans la profondeur de l'orbite.

Lorsqu'on arrive à soulever la paupière supérieure en faisant fi des cris du patient, on constate à l'œil et au stylet une tuméfaction arrondie du cul-de-sac supéro-externe, qui est refoulé vers la fente palpébrale.

Les mouvements du globe oculaire sont limités et douloureux, surtout dans l'abduction. On a même signalé du strabisme convergent, qui n'est d'ailleurs qu'apparent, et tient à la douleur provoquée par l'abduction. Il peut également se faire que le droit externe, situé tout près de la glande enflammée, obéisse aux principes de la Loi de Stockes, ce qui force le malade à prendre l'attitude qu'on observe dans la paralysie de la VI^e paire des nerfs craniens.

Mackensie décrivait l'enophtalmie. Mais, comme le dit Sourdille, ce n'est qu'une fausse enophtalmie qui tient à ce fait que « les paupières étant très gonflées et la fente palpébrale diminuée, l'œil paraît refoulé en arrière ».

Nordenson a trouvé dans un cas une exophtalmie certaine qu'il rattache à un « exsudat dans la capsule de Tenon, exsudation provoquée par l'inflammation de la glande palpébrale ».

Le ganglion préauriculaire peut être envahi par l'inflammation, mais ce fait n'est pas constant, puisque dans nos observations il ne se trouve mentionné que 10 fois sur 33 (obs. VII, VIII, XI, XII, XIX, XXI, XXIII, XXVII, XXVIII, XXXIII).

Tel est l'aspect de la dacryoadénite palpébrale aiguë deux ou trois jours après son début, c'est-à-dire à sa période d'état, avant laquelle les malades ne viennent pas nous consulter.

Arrivée à ce stade, l'inflammation peut évoluer de deux façons différentes, qu'on peut résumer en deux mots : Suppuration ou résolution; cette dernière éventualité est plus rare, puisque nous ne la trouvons que dans 10 cas sur 33. Lorsqu'elle se produit, on assiste à une diminution graduelle de tous les signes, diminution qui amène en une quinzaine de jours un retour à l'état normal.

Au contraire, si les choses tournent vers la suppuration,

la douleur, jusque là continue et pesante, devient lancinante et pulsative. La palpation révèle au niveau de la tumeur une fluctuation manifeste. En même temps, on voit apparaître entre le globe et la commissure externe un petit cône à base arrondie à sommet mousse et jaunâtre; cette petite tumeur se perfore, et par le cratère ainsi formé sort un pus jaunâtre, ou jaune verdâtre, louable, sans odeur, en quantité variable. Dans notre observation II elle atteignait un demi-verre à liqueur environ.

Dès que le pus est évacué, les phénomènes douloureux s'atténuent rapidement et disparaissent, les mouvements de l'œil retrouvent leur amplitude normale, pendant quelques jours la conjonctive reste baignée de pus, la glande est encore perceptible, mais au bout de deux ou trois semaines, la guérison est complète, et l'observation de Brière est le seul cas où on ait noté par la suite une modification dans la sécrétion lacrymale.

CHAPITRE VIII

DIAGNOSTIC

Il repose plus particulièrement sur ce que M. le Professeur agrégé Beauvieux a appelé « le trépied » de la dacryodénite palpébrale aiguë, c'est-à-dire la tuméfaction palpébrale, le chémosis externe, la présence de la petite tumeur précitée dans la région de la glande palpébrale, et sur l'évolution rapide des accidents.

Au début, la confusion est possible avec l'ophtalmie purulente; on l'évitera grâce aux signes suivants : localisation plus nette de la douleur et du gonflement au niveau de la région palpébrale externe, absence de suppuration; disproportion entre les signes inflammatoires palpébraux très marqués, et l'état presque normal de la conjonctive. Plus tard, alors que cette dernière est baignée par le pus venant de la glande, la constatation d'une induration bien localisée dans la région de l'organe de Rosenmuller fera éliminer l'ophtalmie purulente. A la période d'état, on pourrait penser à une périostite orbitaire. Mais celle-ci est une affection lente, à début insidieux, le plus souvent de nature tuberculeuse ou syphilitique. Le pus, au lieu d'être peu lié et louable, est séreux, granuleux et contient des sequestres.

La palpation montre que la tumeur fait corps avec le rebord orbitaire qui est douloureux à la pression. Enfin, l'examen du stylet dénote un long trajet fistuleux arrivant sur un os dénudé.

Ce sont assez de différences pour qu'on ne s'arrête pas longtemps au diagnostic de périostite.

Pourrait-on craindre un seul instant le développement d'un phlegmon de l'orbite ? Et dans ce cas trouverons-nous ce gonflement, cette rougeur localisée, cet empâtement et cette induration limitée qui sont le fait de la dacryodénite ?

Bien au contraire, le tissu cellulaire de l'orbite n'ayant pas de travées fibreuses, l'inflammation s'y généralise rapidement et produit une exophtalmie considérable : le globe oculaire est fortement projeté en avant, un chémosis volumineux entoure la cornée et les deux dépressions oculopalpébrales supérieure et inférieure sont remplacées par deux véritables tumeurs qui soulèvent les paupières et les repoussent en avant. De plus, la vision est souvent abolie.

Le furoncle de la partie externe de la paupière supérieure simule la dacryoadénite palpébrale aiguë. Même douleur, mêmes signes inflammatoires, même chémosis partiel, adénite préauriculaire. On éliminera tout de suite cette cause d'erreur si l'on veut bien se rappeler que dans la dacryoadénite, la palpation permet de constater une induration profonde au-dessus de laquelle la peau garde une certaine souplesse et le tissu cellulaire une certaine laxité qu'on ne perçoit pas dans le furoncle qui est beaucoup plus superficiel.

Certaines tumeurs kystiques enflammées pourraient-elles donner lieu à une erreur de diagnostic ? Mais un kyste, avant de s'enflammer, existait depuis longtemps sous forme d'une tumeur indolente et fluctuante apparue après un traumatisme ou une brûlure de la paupière ayant oblitéré un des conduits excréteurs de la glande. Quant aux kystes dermoïdes, ils sont congénitaux et les malades nous diront, ou, à leur défaut, les parents nous apprendront que cette tumeur, qui s'est enflammée, s'est développée très lentement.

L'induration bien localisée éliminera un érysipèle auquel on aurait pu penser au début.

Le chalazion enflammé intratarsien ne peut être confondu avec la dacryoadénite aiguë, qui est sustarsienne.

L'orgelet siégeant dans les glandes ciliaires sera vite

reconnu. En somme, le diagnostic de dacryoadénite aiguë est assez facile à poser.

Reste à préciser la portion de la glande qui est prise. La dacryoadénite est-elle orbitaire ou palpébrale ?

Ici encore existent des signes différentiels qui permettent d'identifier nettement la variété anatomique en cause.

D'abord, la douleur spontanée, supportable dans la forme palpébrale, est très vive dans la variété orbitaire. Ce fait s'explique facilement par l'anatomie. « La glande orbitaire enchassée dans une capsule épaisse et inextensible, ne peut augmenter brusquement de volume sans qu'il ne se produise de véritables douleurs d'étranglement, tandis que la glande de Rosenmuller peut se gonfler sans réaction douloureuse trop violente dans le tissu conjonctif lâche de la paupière. » (Sourdille).

Dans la dacryoadénite palpébrale, le maximum des signes locaux se place à égale distance entre la commissure externe et le sourcil; dans la variété orbitaire, il siège plus haut dans le sillon orbito-palpébral. L'œil est refoulé en bas et en dessus, il est complètement immobilisé dans cette position. C'est un véritable strabisme inflammatoire avec diplopie. L'exophtalmie, exceptionnelle dans l'abcès de la glande de Rosenmuller, est constante dans la forme orbitaire.

Enfin, et à notre avis c'est le signe le plus important, lorsque la glande orbitaire est prise par le processus inflammatoire, la tuméfaction, que la palpation révèle dans la paupière, se prolonge dans la profondeur de l'orbite, au lieu d'être superficielle, comme dans l'adénite de Rosenmüller.

Enfin, la plupart du temps, bilatérale, la dacryoadénite orbitaire aiguë ne suppure que par exception.

Nous sommes de l'avis de Sourdille, lorsqu'il dit que les signes généraux sont toujours beaucoup plus marqués dans la dacryoadénite orbitaire, mais nous remplaçons le mot toujours par le terme généralement, parce que nous avons vu que l'état général peut être gravement atteint chez un sujet souffrant d'un abcès de la glande de Rosenmüller.

En résumé, douleur plus vive, siège plus élevé de la tuméfaction, suppuration rare, bilatérale habituelle, immobilité du globe repoussé en bas et en dedans, exophtalmie, diplopie, et surtout prolongement de l'induration dans la profondeur de l'orbite, tels sont les signes de la dacryoadénite orbitaire aiguë. D'ailleurs, les deux portions peuvent être enflammées, donnant lieu à la forme orbito-palpébrale, complication de l'adénite de la glande de Rosenmüller. Voici donc posé le diagnostic de dacryoadénite palpébrale aiguë. Quelles complications allons-nous craindre, quel pronostic allons-nous porter ?

CHAPITRE IX

COMPLICATIONS — PRONOSTIC

Les complications sont exceptionnelles. L'extension de l'infection aux sinus craniens avec apparition d'une thrombo-phlébite ne s'est jamais vue dans la forme palpébrale. Aubaret et Gaiguerot ont signalé un cas de strabisme par myosite consécutive à une dacryoadénite palpébrale; Sauvineau rapporte un cas d'ulcère de la cornée. De telles complications n'ont jamais été rencontrées depuis; nous les signalons pour mémoire, et n'en retenons qu'une : c'est l'invasion de la glande orbitaire par le processus inflammatoire. Encore ce fait est-il très rare. Faut-il avec Lor en trouver la raison dans l'anatomie ? « La glande de Rosenmüller s'engorgeant et augmentant de volume; en même temps qu'elle affaisse le cul-de-sac conjonctival supérieur, distend la paroi antérieure de sa loge et la comprime en haut contre le bord supérieur de l'orbite, interrompant ainsi plus complètement encore la communication déjà restreinte normalement entre les deux loges glandulaires et s'opposant d'une façon mécanique à une plus grande extension de l'infection ascendante. »

Nous avons assez insisté sur la dacryoadénite orbitaire au chapitre précédent pour n'avoir point à y revenir ici. Disons simplement que nous avons reconnu cette complication dans nos observations IX, X, XII, XIII.

Sourdille, craignait l'apparition d'un dacryops secondaire possible. Des recherches faites par Nordenson ont montré que les faits n'établissaient pas la réalité de ces accidents.

Quel pronostic allons-nous porter de cette affection, si rarement compliquée ? Très bénin, ont répondu jusqu'à ce jour tous les auteurs. Oui, mais parfois l'avenir est sombre, ainsi que le démontrent nos observations I et II, et c'est l'étude de l'état général qui va nous permettre de rassurer ou non les parents alarmés.

Si l'abcès est « essentiel », accompagné seulement d'un peu de fièvre et d'un léger état saburral, nous sommes sûrs que la guérison sera rapide et complète.

Si, en même temps que la dacryoadénite, l'examen décèle une grippe, par exemple, ou une rougeole, soyons optimistes. Mais méfions-nous d'une complication grippale telle que bronchopneumonie. Une surveillance armée s'impose.

Enfin, si l'adénite de Rosenmüller est une localisation secondaire de germes infectieux, si elle se produit au cours d'une septicémie, préparons les parents à la grande douleur qui les terrassera bientôt : le pronostic est fatal, malgré les secours de la thérapeutique la plus énergique. Par bonheur, cette éventualité est extrêmement rare; nous n'en avons relevé qu'un cas, et presque toujours la dacryoadénite palpébrale reste une affection bénigne qui ne met pas en danger les jours des malades.

CHAPITRE X

TRAITEMENT

« Des fermentations chaudes, un petit cataplasme de pain et d'eau chaude, renfermé dans un sac huilé, constituent le traitement le plus généralement employé. Il est rare qu'il faille recourir aux sangsues. L'affection est ordinairement trop avancée lorsqu'on nous consulte pour qu'on puisse tenter la résolution par des applications froides, et il est rarement nécessaire de recourir à la lancette pour évacuer le pus. » C'est ainsi que Mackensie, en 1854, envisageait le traitement de la dacryoadénite palpébrale aiguë.

Sgrosso, en 1890, conseille la simple ponction qu'il a pratiquée deux fois. Nous avons déjà vu les raisons qui poussèrent Sourdille, en 1900, à procéder à l'excision en bloc de la tumeur inflammatoire. Lor n'admet pas cette thérapeutique et en parle en ces termes : « Elle ne peut même pas se justifier par la crainte de voir survenir un dacryops consécutif qui n'a pas été, que je sache, observé dans les conditions actuelles, et dont l'éventualité ne repose que sur des vues théoriques... » Pour lui, la dacryoadénite palpébrale aiguë demande avant tout un traitement médical et n'exige aucune intervention chirurgicale.

Bien que Delens prétende que « l'ouverture spontanée » de cet abcès « ne présente aucun inconvénient », M. le Professeur agrégé Beauvieux pense que, dès que la fluctuation est manifeste, il est préférable de donner issue à ce pus sous tension, par une incision qui soulagera immédiatement le malade. Nous pensons que cette façon de traiter l'abcès de

la glande de Rosenmüller mérite d'être conservée. En conséquence, nous préconisons avec notre maître la thérapeutique suivante.

Comme la plupart du temps il est trop tard pour tenter de faire avorter cet abcès en touchant la zone enflammée à la teinture d'iode, on conseillera :

1° Des compresses humides chaudes fréquemment renouvelées qui, tout en soulageant la douleur, localiseront le processus inflammatoire et hâteront la formation du pus;

2° Un collyre avec :

Argyrol	1 g.
Eau distillée	10 g.

3° Dès que la fluctuation sera manifeste, en général cinq ou six jours après le début de l'affection, on ira à la recherche du petit cratère jaunâtre que forme la conjonctive soulevée par le pus dans le cul-de-sac supéro-externe. Après une anesthésie locale à la cocaïne, on pratiquera une incision à ce niveau avec la pointe du bistouri; on exprimera le pus, et cette manœuvre, exempte de danger et dont la technique simple exclut toute description, amènera rapidement une guérison complète de la dacryoadénite palpébrale aiguë.

La distinction entre la forme orbitaire et palpébrale se manifeste aussi dans le chapitre traitement. Alors que celle-ci réclame une incision conjonctivale, celle-là nécessite une ouverture cutanée le long du rebord orbitaire et dont la cicatrice sera cachée par la queue du sourcil.

CONCLUSIONS

I. — La dacryoadénite palpébrale aiguë de l'enfant est une affection rare, épidémique, qui se montre souvent au cours ou au décours de la grippe et de la rougeole; les affections oculaires externes jouent un rôle certain dans son étiologie. Mais bien souvent on ne peut la rattacher à aucune cause tangible, et elle reste essentielle.

II. — Dans la plupart des cas, elle résulte d'une infection purement locale, les agents microbiens remontant les canaux excréteurs pour arriver jusqu'à la glande. Cependant, elle peut être d'origine sanguine.

III. — Le trépied de la dacryoadénite palpébrale aiguë est ainsi constitué : Tuméfaction à maximum dans la région supéro-externe de la paupière supérieure; chémosis externe; induration de la grosseur d'une fève dans la région de la glande de Rosenmüller, laissant intact le rebord orbitaire, et ne se prolongeant pas dans la cavité de l'orbite. Ajoutons que la douleur spontanée est supportable.

IV. — Les signes précédents feront éliminer : l'ophtalmie purulente, la périostite orbitaire, le phlegmon de l'orbite, le furoncle de la paupière supérieure, l'abcès de la glande de Meibomius, l'orgelet et une tumeur kystique enflammée.

La douleur plus vive, la tuméfaction plus élevée et surtout le prolongement de l'induration dans la profondeur de l'orbite sont le propre de la dacryoadénite orbitaire, qui est la seule complication à retenir de l'abcès de la glande de Rosenmüller.

V. — Le pronostic de la dacryoadénite elle-même est bénin; cependant l'avenir peut être assombri par une infection générale concomitante, lorsque cet abcès est d'origine hématiche.

VI. — Le traitement très simple se borne à ces trois indications :

Pansements humides chauds;

Collyre à l'argyrol;

Incision de la conjonctive du cul-de-sac supéro-externe.

VU, POUR LE DOYEN,

L'Assesseur,

J. GUYOT.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

M. TEULIERES.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 9 décembre 1933,

Le Recteur de l'Académie,

A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

- ANTONELLI. — Dacryoadenita acuta del lobuli accessorii inferiori. *Ann. de otal.*, 1893, t. XXII.
- ANTONELLI. — Cellulite orbitaire et dacryoadénite purulente successive à une otite moyenne postgrippale chez une enfant de 11 mois. *Soc. franç. d'ophthalm.*, mai 1905.
- ARMAIGNAC. — Dacryoadénite. *Rev. clin. d'ocul.*, 1886, p. 158.
- AUBARET. — Dacryoadénite palpébrale à staphylocoques. *Soc. anat. clin. de Bordeaux*, mai 1913.
- AUBARET et GAIGNEROT. — Dacryoadénite. *Rev. gén. d'ophthalm.*, 1902.
- BEAUVIEUX. — Dacryoadénite palpébrale aiguë. *Arch. d'ophthalm.*, t. XXIX, n° 12, 1909.
- BLEGUAG. — Acute dacryoadenitis. *Acta ophtal.*, 6, p. 267-269, 1928.
- BRIÈRE. — Dacryoadénite partielle aiguë. *Ann. d'ocul.*, 1874, p. 102.
- BYERS. — Un cas de dacryoadénite aiguë suppurée. *Trans. of the Ann. ophtal. Soc.*, 1912, vol. I, p. 129.
- CABANNES et DE BOUGAUD. — Dacryoadénite aiguë chez un enfant. *Journ. méd. de Bordeaux*, 10 févr. 1903.
- CASALI. — Deux cas de dacryoadénite aiguë. *Ann. di otal.*, 1906, fasc. 3-4, p. 185.
- CAUDRON. — Dacryoadénite. *Rec. d'ophthalm. de Golezowski*, 1890, p. 650.
- Deux observations de dacryoadénite aiguë. *Bull. de la Soc. d'ophthalm. de Paris*, 1890, p. 140.
- CABANNES, MONToux et J. CHAVANNAZ. — Dacryoadénite aiguë. *Gaz. hebdomadaire des sciences méd. de Bordeaux*, 1921, p. 321.

- CONNOLE (J. V.) — Report of a case of acute bilatéral dacryoadenitis. *U. S. Nav. Med. Bull.*, Washington, 1918, p. 706 à 708.
- DEBIERRE. — Dacryoadénite. *Rev. gén. d'ophtalm.*, 1886, p. 145.
- DE LAPERSONNE. — Dacryoadénite aiguë simple. *Bull. méd. du Nord*, nov. 1891.
- DELENS. — Maladies de la glande lacrymale, in *Traité de chirurgie de Duplay et Reclus*, t. IV, p. 441.
- ELSCHNIG. — Ein fall von acute dacryoadenitis. *Centrabl. f. fr. Augenheilk.*, déc. 1891.
- FERRET. — *Bull. de la Clin. des Quinze-Vingts*, 1886, p. 112.
- GALEZOWSKI. — Dacryoadénite. *Rec. d'ophtalm.*, 1881, p. 65 et 492.
- Inflammation des deux glandes lacrymales. *Rec. d'ophtalm.*, 1886, p. 415.
- Dacryoadénite aiguë, ses causes, son traitement. *Rec. d'ophtalm.*, 1892, p. 595.
- GAYAT. — Un cas de dacryoadénite aiguë. *Ann. d'ocul.*, t. LXXI, p. 26, 1874.
- GRIMALDI. — Contributo alla casuistica della dacryoadenita acuta. *Giorn. delle scienze med.*, avril 1901.
- GUALDI. — Position, forme et dimensions de la glande lacrymale palpébrale dans les yeux sains et malades, en relation avec ses fonctions. *Boll. d'ocul.*, mai 1931, p. 345.
- GUILLON. — Extirpation de la glande lacrymale. *Rev. gén. d'ophtalm.*, mai 1890.
- GUIOT. — Dacryoadénite aiguë. *Bull. de la Clin. des Quinze-Vingts*, 1886, p. 38.
- HEYMANN. — *Arch. fur. ophth.*, t. VII, p. 143.
- INMANN. — Dacryoadénite aiguë. *Royal London Hosp. Report*, vol. XV, 4 oct. 1903.
- IONESCO. — Dacryoadénite aiguë. *Soc. d'ophtalm. de Bucarest*, 14 déc. 1929.
- JAEGERS. — Inflammation due à l'irritation et à la dacryocystite chez le nouveau-né. *Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynak.*, 1931, p. 42-47.

- JOLLAND. — Thèse Lille, 1892.
- LAFON. — Dacryoadénite aiguë suppurée. *Journ. méd. de Bordeaux*, mai 1905.
- LANKTEN FOSTER. — Acute dacryoadenitis caused by focal infection. *Trans. of the Amer. ophth. Soc.*, Philadelphie, 1925, p. 50 à 53.
- LOR. — De la dacryoadénite palpébrale suppurée. *Soc. belge d'ophtalm.*, avril 1901.
- MACKENSIE. — Traité pratique des maladies des yeux. Traduction de Warlomont et Testelin, 4^e éd., 1854.
- MAKLAKOFF. — Dacryoadenitis mit Bildung eines periglandularen abcesses. *Ophth. Klinik*, 1901, n° 23.
- MARTIN GOERLITZ. — Dacryoadénite aiguë. *Klin. Monatsbl. für Augenheilk.*, oct. 1908, p. 406.
- MORASCHI. — De la dacryoadénite palpébrale aiguë. Communication à l'Hôpital ophtalmologique de Buenos-Ayres, déc. 1918, n° 1, 1^{re} année.
- MORETTI. — Dacryoadénite suppurée consécutive à un érysipèle facial. *Ann. de oftal.*, vol. XXXIV, p. 3 à 32, 1905.
- NORDENSON. — De la dacryoadénite palpébrale aiguë. *Arch. d'ophtalm.*, 1915, p. 759.
- OTT. — Un cas de dacryoadénite. *Rec. d'ophtalm.*, 1886, p. 492.
- PANAS. — Leçons sur l'appareil lacrymal. Paris, 1877.
- POLAILLON. — Article glandes lacrymales, in Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, 1876.
- POOLEY. — Dacryoadénite aiguë. *Amer. ophth. Soc., New-York med. Journ.*, 2 août 1884.
- PRIoux. — Dacryoadénite consécutive à l'injection d'iodure de potassium. *Clin. ophtalm.*, 1902, p. 285.
- SAUVINEAU. — Kératite à répétition par dacryoadénite infectieuse. *Soc. franç. d'ophtalm.*, 6 mai 1896.
- SCHIESS-ZEMUSEN. — *Klin. Monatsbl. für Augenheilk.*, 1871, p. 100.
- SCHEFFELS. — Dacryoadénite. *Rev. gén. d'ophtalm.*, mai 1890.
- SEELIGSOHM. — Zwei fall von dacryoadenitis spontanea. *Klin. Monatsbl.*, janv. 1891.

SGROSSO. — Contributo alla dacryoadenita acuta. *Ann. di otal.*, anno XIX, 1891, p. 159.

— Examen anatomique de la dacryoadénite aiguë. Congresso del. Ass. ott. it. Pisa, 1890, ou *Ann. di oftal.*, 1891.

SNELL. — Dacryoadénite aiguë chez un enfant de 14 ans. *Ophthalmology*, oct. 1904.

SOURDILLE. — Abscès chaud de la glande lacrymale palpébrale de Rosenmüller. *Arch. d'ophtalm.*, 1900.

TAMANCHEFF. — Dacryoadénite aiguë. *Wiestnik-ophtalm.*, juill.-août 1910.

TRISTANIO. — Dacryoadénite aiguë chez un enfant de 6 ans. *Boll. d'ocul.*, 1923, p. 144.

VARIOT. — Thèse Paris, 1875.

VECKER-LANDOLT. — Traité d'ophtalmologie, Paris, 1889, t. IV, p. 1026.

WICHERKIEWICKZ. — Dacryoadénite aiguë. *Arch. d'ophtalm.*, juin 1905, p. 347.

